

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2019

การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วชิรา โพธิ์ใส

คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

โพธิ์ใส, วชิรา, "การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" (2019). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 9396.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9396>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF PALLIATIVE CARE FOR STROKE PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรค
	หลอดเลือดสมอง
โดย	นายวชิรา โพธิ์ใส
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สິนเดชาวัักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วชิรา โพธิ์ใส : การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (A STUDY OF PALLIATIVE CARE FOR STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวแปรที่อธิบายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป จำนวน 378 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม องค์ประกอบการแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ สกัดตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principle Components Analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax Method)

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ บรรยายด้วย 81 ตัวแปร มีค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 64.28 ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 10 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.58 2) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล ประกอบด้วย 12 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.88 3) องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง ประกอบด้วย 11 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.55 4) องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 11 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.69 5) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 9 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.39 6) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.74 7) องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.26 8) องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.96 9) องค์ประกอบด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.68 10) องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.35 และ 11) องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร ประกอบด้วย 3 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.32

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077307136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: PALLIATIVE CARE, STROKE PATIENT, FACTOR ANALYSIS

Vachira Posai : A STUDY OF PALLIATIVE CARE FOR STROKE PATIENTS . Advisor: Asst. Prof.
CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D.

The objective of this research is to study components and items that identified palliative care for stroke patients. The sample consists of 378 professional nurses who work for caring for the stroke patients at least 2 years or more with multistep sampling. The instrument is the questionnaire complement of palliative care for the stroke patients developed based on an integrative literature review and interview experts who are specialized in caring for the stroke patients and in palliative care with Delphi technique. Examined the content validity from the experts and the reliability of the questions was 0.95 based on Cronbach's alpha. The data was factorized by Principle Components Analysis and Orthogonal Rotation with Varimax Method.

The result is that components of palliative care for stroke patients consist of 11 components, identified by 81 factors, with 64.28 percent of total variance: 1) End of life care consists of 10 factors, explained the variance best, 9.58%. 2) Participation and determination of care objective consists of 12 factors, explained the variance 8.88% 3) Coping with pain and spasticity symptom consists of 11 factors, explained the variance 8.55 % 4) Referring and palliative care system also consists of 11 factors with 7.69% of variance. 5) Psychological and emotional care consists of 9 factors, with 7.39% of variance 6) Spiritual care consists of 7 factors, with 5.74% variance. 7) Physical change after stroke consists of 6 factors with 5.26% of variance 8) Effective information consists of 5 factors, with 3.96% of variance 9) Facility and service consist of 4 factors, with 3.68 % of variance 10) Preventing from pressure sore consists of 3 factors with 3.35% of variance and 11) Care of stroke patients with communication disability consists of 3 factors, with 2.32% of variance.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความเมตตา กรุณา ความเอื้ออาทร และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย ความตั้งใจ และปรารถนาดีอย่างแท้จริงแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่เป็นเอกสิทธิ์ของวิชาชีพเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประสบการณ์ในการเรียนรู้อันทรงคุณค่าตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ตลอดจนให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่สำคัญยิ่งคือกำลังใจที่ได้รับตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้อง และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจและเป็น แรงผลักดันให้การสนับสนุนผู้วิจัยอย่างเต็มที่โดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานที่เป็นกัลยาณมิตรทุกคน ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ห่วงใยและให้กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

วชิรา โพธิ์ใส

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular disease).....	11
แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง.....	17
งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	39
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบเดลฟาย	57
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ	63
กรอบแนวคิดการวิจัย	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแนวคิดทฤษฎี ประมวลสรุปเป็น แนวคิดองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	74

<p> ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย..... </p>	77
<p> ขั้นที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดตัวประกอบดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย </p>	94
<p> ขั้นที่ 4 การสร้างเครื่องมือวิจัย </p>	104
<p> ขั้นที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย </p>	105
<p> ขั้นที่ 6 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง </p>	109
<p> ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง </p>	117
<p> บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... </p>	120
<p> ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของตัวแปรการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน </p>	121
<p> ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... </p>	142
<p> ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... </p>	161
<p> ตอนที่ 4 สรุพอค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการวิจัยแบบเดลฟายและการวิเคราะห์องค์ประกอบ </p>	162
<p> บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ </p>	165
<p> สรุปผลการวิจัย..... </p>	165
<p> อภิปรายผลการวิจัย..... </p>	175
<p> ข้อจำกัดในการวิจัย..... </p>	190
<p> ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... </p>	190

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป.....	191
บรรณานุกรม.....	192
ภาคผนวก.....	212
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบ ประคับประคองและรายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา.....	213
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	226
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	235
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	259
ภาคผนวก จ ผลการวิจัย: การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบ	269
ภาคผนวก ฉ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิจัยแบบเดลฟาย	278
ประวัติผู้เขียน.....	302

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์แนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทฤษฎี.....	39
ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย.....	53
ตารางที่ 3 ตารางสังเคราะห์องค์ประกอบหลักการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	55
ตารางที่ 4 การลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ.....	59
ตารางที่ 5 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ	68
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบเนื้อหาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการทบทวนวรรณกรรมกับการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย	95
ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเครื่องมือวิจัย	108
ตารางที่ 8 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 37 แห่ง	110
ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .	115
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	121
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลทางด้านร่างกาย	123
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์.....	128

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลครอบครัวและสังคม	130
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตวิญญาณ.....	132
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลระยะสุดท้าย.....	134
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแล	
ผู้ป่วย	136
ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการอำนวยความสะดวก.....	138
ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ	
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	
140	
ตารางที่ 19 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน ในแต่ละตัว	
ประกอบารดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	142
ตารางที่ 20 องค์ประกอบที่ 1 การดูแลระยะสุดท้าย	144
ตารางที่ 21 องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล	146
ตารางที่ 22 องค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดขัด.....	148
ตารางที่ 23 องค์ประกอบที่ 4 การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง	150
ตารางที่ 24 องค์ประกอบที่ 5 การดูแลจิตใจและอารมณ์	152
ตารางที่ 25 องค์ประกอบที่ 6 การดูแลจิตวิญญาณ.....	153
ตารางที่ 26 องค์ประกอบที่ 7 การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	155
ตารางที่ 27 องค์ประกอบที่ 8 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	156
ตารางที่ 28 องค์ประกอบที่ 9 การใช้อำนวยความสะดวกในระบบบริการ	158
ตารางที่ 29 องค์ประกอบที่ 10 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	159
ตารางที่ 30 องค์ประกอบที่ 11 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร	160

ตารางที่ 31 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ	161
ตารางที่ 32 เปรียบเทียบองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายและการวิเคราะห์องค์ประกอบ	162
ตารางที่ 33 การทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ปัจจัย	270
ตารางที่ 34 ค่าสถิติเบื้องต้นก่อนทำการสกัดปัจจัยด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก	270
ตารางที่ 35 คำนำน้าหนักองค์ประกอบภายหลังการหมุนแกน	273



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง	18
ภาพที่ 2 ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง	18
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	72
ภาพที่ 4 แผนภาพสกรีนพลอตแสดงจำนวนองค์ประกอบ	277



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทย ในแต่ละปีพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มมากขึ้นปีละ 25,000 คนต่อปี และเสียชีวิตมากถึง 50,000 รายต่อปี (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการแสดงของโรคที่แตกต่างกัน อาจมีอาการหรือไม่มีเตือนก็ได้ ผู้ป่วยบางรายยังใช้ชีวิตตามปกติ โดยที่ยังไม่มีอาการเตือนที่ชัดเจนทั้งที่มีพยาธิสภาพของสมองแล้ว ผู้ป่วยประเภทนี้มักบ่นว่ามีอาการชาตามร่างกาย เป็นๆ หายๆ หรือปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ ทางแพทย์เรียกว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Hyper-acute Phase) และสิ่งที่สามารถบ่งบอกถึงความผิดปกติได้คือการตรวจทางรังสีวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) หลังจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจหมดสติ มีการขยับเขยื้อนที่ของสมอง มีการทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว และมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Koennecke et al., 2011; Ong et al., 2016; Yuan et al., 2018)

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) คือ ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการจนกระทั่งอาการเริ่มคงที่ ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการแสดงอย่างชัดเจน ได้แก่ มีอาการแขน/ขาอ่อนแรงลงทันทีทันใด มีอาการชาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ พูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สับสนมึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ชัก และหมดสติ ซึ่งปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะนี้ คือ การทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว มีการขยับเขยื้อนที่ของสมอง ภาวะสมองบวม มีเลือดออกในรอยโรคที่เกิดจากการขาดเลือดเดิม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (MODS) และการเกิดภาวะช็อค

หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ตอบสนองต่อการรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ดีผู้ป่วยจะมีการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เรียกว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute Phase) ผู้ป่วยบางคนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับปกติแต่ก็ยังหลงเหลือความพิการอยู่ แต่ในขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีข้อจำกัดในการรักษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน บางรายต้องกลายเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถหายใจหรือรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนและอาจ

ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ การทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว มีการขยับเลื่อนที่ของสมอง ภาวะสมองบวม มีเลือดออกในรอยโรคที่เกิดจากการขาดเลือดเดิม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ ภาวะช็อค ความไม่สมดุลของกรดเบส และภาวะที่มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ ซึ่งจากการศึกษาของ Bronnum-Hansen และคณะ (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) และระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute Phase) มีโอกาสเสี่ยงที่เสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะอื่น ๆ

ในระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาจนมีอาการเกือบคงที่แล้ว ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจะถูกส่งต่อการรักษาและจำหน่ายกลับบ้าน แต่ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาต้องกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในสภาวะผัก (Vegetative state) ร่วมกับการมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่ลง ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ โรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล เกิดแผลกดทับและภาวะติดเชื้อจากแผลกดทับ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะทุพโภชนาการและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ความไม่สมดุลของกรด-เบส ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนจากยาต้านเกล็ดเลือด ภาวะสมองมีเลือดออกซ้ำหรือภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน/อุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือด สิ่งสำคัญที่สามารถทำนายกระบวนการฟื้นฟูหาย ความพิการและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Severity) ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพภายในสมองที่ได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Alberts et al., 2018; Phan et al., 2016) โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงทางระบบประสาท หรือ NIHSS Score ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนที่สูงจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่มากขึ้น (Racosta et al., 2014)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ในทุกระยะและสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรอดชีวิตได้ไม่เกิน 5 ปี และในจำนวนนี้ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (M. Kendall et al., 2018) จากการศึกษาของ Holloway และคณะ (2014) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากขึ้น โดยมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 55 ซึ่งเป็นการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน, ระยะหลังเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561-2565 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้อง

ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุกระดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับสถานที่ของการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20 ของเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน/หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และห้องผู้ป่วยหนัก (ICU), ร้อยละ 35 เสียชีวิตในหอผู้ป่วยทั่วไป และอีกร้อยละ 15 เสียชีวิตที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ จากการศึกษาของ Creutzfeldt และคณะ (2012) และ Holloway และคณะ (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคเมเร็ง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีอาการแสดงมาก่อน ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญและอันตรายสูงสุดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที, ระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการแสดงของโรคอย่างชัดเจน สมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว มีการทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว มีการขยับเคลื่อนที่ของสมอง ภาวะสมองบวม มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหายใจช้าหรือภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ ไม่สามารถหายใจเองได้และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ, ระยะหลังเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีข้อจำกัดในการรักษา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติและปัญหาที่มีเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบ Central post-stroke pain, Hemiplegic shoulder pain, Painful spasticity และปวดศีรษะชนิด Tension-type headache นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาการรู้คิด อาการชัก อาการเหนื่อยล้า มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหาร การกลืน อุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ รวมถึงภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล อารมณ์แปรปรวน และอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการเหล่านี้มักไม่ได้รับการประเมินและดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Dysphasia และการทำหน้าที่ของการรู้คิดลดลงทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ (Eriksson, Milberg, Hjelm, & Friedrichsen, 2016) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งมีระดับคุณภาพชีวิตแย่ลง และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Q. Shi, Presutti, Selchen, & Saposnik, 2012; Tseng, Billinger, Gajewski, & Kluding, 2010)

ปัจจุบันนี้แนวปฏิบัติคลินิกสำหรับพยาบาล (Clinical nursing practice guidelines) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เน้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Primary or Secondary stroke prevention) และการฟื้นฟูสภาพ

(Stroke rehabilitation) ส่วนแนวปฏิบัติการดูแลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการอาการในระยะประคับประคองมีน้อยมาก และมักกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองโดยทั่วไป ซึ่งไม่สามารถระบุหรือแสดงให้เห็นกิจกรรมของการพยาบาลที่ชัดเจนได้ (จอณพะจง เพ็ญจาด, 2557; ชุตติกาญจน์ หุทัย ศิริมา ลีละวงศ์ อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และโสภณัฐ สุวรรณเกษาวงษ์, 2559)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง การปฏิบัติการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีโอกาสเสียชีวิต (Life-threatening) ไม่ใช่เริ่มเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently dying) (World Health Organization, 2018)

ระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษที่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ถูกพัฒนาและนำมาศึกษาหลายรูปแบบร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค แต่อย่างไรก็ตาม ปัทิตตา นิกเว็น และคณะ (2559) พบว่า อุปสรรคหรือปัญหาในการดูแลแบบประคับประคองคือ พยาบาลมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการดูแล ขาดความมั่นใจเชิงวิชาชีพ ขาดแคลนพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ขาดการสนับสนุนในการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยและขาดองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Lutz และ Green (2016) ที่พบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แน่ใจว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มต้นเมื่อใด ส่งผลให้พยาบาลกลุ่มดังกล่าวต้องเผชิญกับปัญหาและความลำบากใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระยะของการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากขาดรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการพยาบาลแบบประคับประคองในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีทั้งสิ้น 55 งาน ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ผู้ป่วย HIV โรคไต ผู้ป่วยวิกฤต ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ด้านเนื้อหาของการศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระบบบริการ (14 งาน) การใช้แนวปฏิบัติ (2 งาน) การวางแผนจำหน่าย (1งาน) ที่เหลือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง สถานการณ์การดูแล ประสพการณ์ คุณภาพชีวิต จำนวน 39 งาน สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงมี 1 งานวิจัย (ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล อรสา กงตาล

และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านของกลุ่มแกนนำชุมชนผ่านการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 1 วัน

อาจกล่าวได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังไม่มีคำจำกัดความ รูปแบบ วิธีการ องค์ความรู้และแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบวิธีการดูแลที่มีเป็นเพียงการดูแลแบบประคับประคองแบบทั่วไป ซึ่งไม่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลต้องเผชิญกับปัญหาและความลำบากใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากขาดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่ครอบคลุมตามสถานการณ์ที่มีความเฉพาะและเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของการเจ็บป่วยและนำตัวประกอบที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ในทุกมิติตามความแตกต่างของบริบท และเพื่อประโยชน์ทางการพยาบาลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยด้านอะไรบ้าง
2. รายการดูแลที่อธิบายองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยรายการดูแลอะไรบ้าง จัดเป็นกลุ่มมิติได้อย่างไรบ้าง และแต่ละกลุ่มสามารถอธิบายความแปรปรวนโดยรวมของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เท่าไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษารายการดูแลที่อธิบายองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) และ Holloway และคณะ (2014)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวแปรเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมาจากการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

3. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ระยะของการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง ที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) และ Holloway และคณะ (2014) และมีประสบการณ์ในปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 ปีขึ้นไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติ และครอบครัวในทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีโอกาสเสียชีวิต จนกระทั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต วัดด้วยแบบสอบถามที่บูรณาการด้านเนื้อหา สังเคราะห์และวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแนวคิดและงานวิจัยของ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554), Turner-Stokes et al. (2007), Dy et al. (2012), Creutzfeldt et al. (2012, 2015), Holloway et al. (2014), Kendall et al. (2018), Addington-Hall et al. (1995), Chahine et al. (2008), Burton et al. (2010), Mazzocato et al. (2010), Payne et al. (2010), Wee et al. (2010) และ Molidor et al. (2018) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กำหนดเป็นองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การดูแลระยะสุดท้าย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมและการเผชิญกับตายอย่างสงบ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิต รวมถึงการดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตด้วยการเคารพความเป็นบุคคลและดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต

2. การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล หมายถึง การส่งเสริมและช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและมีความสุขสบายของผู้ป่วย และร่วมกำหนดแบบแผนของกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษาที่ต้องการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษา การกำหนดเป้าหมาย การยืนยันและทบทวนเป้าหมายของการดูแลที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล

3. การจัดการกับความปวดและการขัดแย้ง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหอาการปวดและการขัดแย้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินอาการปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง มีการบันทึกลักษณะความถี่ และตำแหน่งของอาการปวด และร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดและการขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การที่พยาบาลเป็นตัวกลางในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการพัฒนาการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชนตามความเหมาะสม

5. การดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การดูแลที่พยาบาลกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ความรู้สึกคับข้องใจ ระบายความรู้สึกด้านลบ บอกปัญหาความต้องการตามความพร้อมของแต่ละบุคคล ด้วยการรับฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ปลอบโยนเมื่อเสียใจ ให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร

6. การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวสามารถเผชิญและปรับตัวในระยะของการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม

ตามความต้องการผ่านสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัยหรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ ความเชื่อ ความศรัทธา หลักศาสนาและวัฒนธรรม

7. การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วยทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

8. การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน

9. การเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ หมายถึง การบริการจัดการและประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือและประสานงานในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

10. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง การดูแลของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ และการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพในการลดแรงกดทับและส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

11. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านสื่อสาร หมายถึง การดูแลของพยาบาลในช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อันประกอบด้วยการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และการสนทนากับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถสื่อสารและบอกในสิ่งที่ตนเองต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเภทหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันและชนิดหลอดเลือดสมองแตก เพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) และ Holloway และคณะ (2014) เช่น มีภาวะ Coma หรืออยู่ในภาวะ

ผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วัน, มีภาวะกลืนลำบากจนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหาร และสารน้ำที่จำเป็นต่อชีวิตได้, มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่งได้แก่ ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก, มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะทุพโภชนาการและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ขั้นรุนแรง เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะของการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Hyper-acute Phase), ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase), ระยะหลังเฉียบพลัน (Subacute Phase) และระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) และมีประสบการณ์ในปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการสร้างเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และสถานบริการสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินคุณภาพของการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมไทย
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร บทความวิชาการ วารสาร หนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 ภาวะที่แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง
2. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.2 รูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.3 หลักการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.5 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.6 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.7 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบเดลฟาย
5. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular disease)

1.1 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร รวมทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียด้านต่าง ๆ อีกมากมาย ที่ผ่านมามีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดความพิการเกิดขึ้น ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (Hospitalization cost) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยทั่วไป คิดเป็น 45,855 บาท และ 39,535 บาทต่อราย เฉลี่ยแล้วคิดเป็น 42,695 บาทต่อราย (กรมการแพทย์, 2558) หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคนต่อปี รัฐบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ 21,347 ล้านบาทต่อปี

จากข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2557 – 2561 ประชาชนชาวไทยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากจำนวน 196,379 คน เป็น 294,202 คน (301.54, 442.98 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่จากปี 2557 – 2561 มีอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก 99,838 คน เป็น 141,534 คน (231.41, 329.18 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) อีกทั้งยังมีอัตราอุบัติใหม่ of โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี จากปี 2557 - 2561 มีอัตราอุบัติใหม่ of โรคหลอดเลือดสมองจาก 36,742 คน เป็น 53,204 คน (56.42, 80.11 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความพิการและคุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีโอกาสของการกลับเป็นโรคซ้ำมากกว่าคนปกติถึง 1.5 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ในประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าจากปี 2557 - 2561 อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 45,297 คน เป็น 52,803 คน (69.55,

79.51 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ซึ่งมากกว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 2 เท่าตัว ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561; ราชวิทยาลัยอายุแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นภาวะความผิดปกติของระบบหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต (World Health Organization, 1978)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease, CVD) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (vascular origin) ที่ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Infarction) หรือการตกเลือดในสมอง (Hemorrhage) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบหรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติเป็นผลให้เกิดอาการทางคลินิกต่าง ๆ ตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงของโรคขึ้นกับความรุนแรงของการทำลายเนื้อสมอง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี ตามัว ปวดศีรษะ หรืออาจมีอาการรุนแรงไม่รู้สึกรู้สึกตัวโดยอาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองซึ่งมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองผิดปกติ และทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ ชั่วคราวหรือถาวร และทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อาการชาของแขนขาอัมพาต และหมดสติ เป็นต้น กลุ่มอาการเหล่านี้จะเกิดแบบทันทีทันใด แสดงอาการอยู่ได้นานกว่า 24 ชั่วโมง และอาจรบกวนการทำงาน หน้าที่ของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด และอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ส่วนผู้ที่รอดชีวิตจะเกิดความพิการระยะยาว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน (อัญชลี ไชยวงศ์น้อย, 2557)

กล่าวโดยสรุป โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองที่เกิดการ

อุดตันหรือการแตกของเส้นเลือดสมอง มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง และเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการของร่างกายตามมา

1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามพยาธิสภาพได้ 2 ชนิด ดังนี้

1.3.1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน (Cerebral embolism and thrombolism) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากการมีหลอดเลือดสมองอุดตันจนขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาทสมอง การอุดตันของหลอดเลือดสมองอาจเกิดจากพยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดที่หนาขึ้นหรืออาจเกิดจากการมีก้อนเลือดมาอุดตันโดยตรง ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดและตายในที่สุด (Hickey, 2003) การตีบของหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดที่จับบริเวณผนังของหลอดเลือดจนทำให้หลอดเลือดแข็ง การอักเสบของหลอดเลือดแดงจากการติดเชื้อ และการที่มีเกล็ดเลือดมาจับบริเวณผนังหลอดเลือดมากผิดปกติ โดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันสูงถึงร้อยละ 70 (Egger et al., 2018) และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25.9 (Mittal & Goel, 2017) อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับขนาดก้อนเลือดที่อุดตันและตำแหน่งที่สมองขาดเลือด อายุของผู้ป่วย การปรับตัวของหลอดเลือดเส้นอื่นในสมองและปัจจัยร่วมอื่น ๆ

1.3.2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเอง (Cerebral hemorrhage) แบ่งออกเป็นเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จากการแตกของหลอดเลือดเล็ก ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากภาวะสูงอายุ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน (American Heart Association, 2019) และเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่เกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Hickey, 2003) โดยในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเองเฉลี่ยร้อยละ 20 (Zhang et al., 2017) แต่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 49.2 (Mittal & Goel, 2017)

แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท แต่สิ่งสำคัญที่สามารถทำนายกระบวนการฟื้นฟูหาย ความพิการและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Severity) ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพภายในสมองที่ได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Alberts et al., 2018; Phan et al., 2016) โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงทางระบบประสาท (The National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) ประกอบด้วยตัวพิจารณา 11 อย่าง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของ

กล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา การประสานงานของแขนขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถด้านภาษา การออกเสียง และการขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย แต่ละอย่างมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนนที่มากขึ้นหมายถึงความบกพร่องและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้น เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดแล้วนับเป็นคะแนน NIHSS โดยมีคะแนนสูงสุดคือ 42 และต่ำสุดคือ 0 โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนที่สูงจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่มากขึ้น (Racosta et al., 2014)

1.4 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Hyper-acute Phase) ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-Acute Phase) และระยะเรื้อรัง (Chronic Phase)

1.4.1. ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Hyper-acute Phase) หมายถึง ช่วงระยะเวลา 3 – 6 ชั่วโมงแรกที่มีภาวะขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองเป็นผลทำให้เซลล์สมองตายและเริ่มมีกระบวนการอักเสบของเนื้อสมองสะสมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สารสื่อประสาทและประสิทธิภาพการทำงานของสมองเริ่มลดลง ในหลายแนวคิดจัดให้ระยะนี้จัดอยู่ในระยะเฉียบพลันเนื่องจากไม่มีอาการแสดงหรือพบอาการหรือความผิดปกติใด ๆ ผู้ป่วยยังคงสามารถใช้ชีวิตได้โดยปกติ แต่ทว่าการดำเนินของโรคหลอดเลือดสมองได้เกิดขึ้นแล้วและสิ่งที่สามารถบ่งบอกถึงความผิดปกติได้คือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) เท่านั้น (Bader & Palmer, 2006; Lefkowitz, LaBenz, Nudo, Steg, & Bertoni, 1999) สิ่งสำคัญในระยะนี้ คือ การป้องกันการเกิดภาวะเนื้อสมองตายหรือให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด เน้นการตรวจรักษา/ตรวจพิเศษ เพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ด้วยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่สนับสนุนในการเกิดโรค เน้นให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที ซึ่งปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะนี้ คือ อาการหมดสติ มีการขยับเลื่อนที่ของสมอง และการทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว (Koennecke et al., 2011; Ong et al., 2016; Yuan et al., 2018)

1.4.2. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการจนกระทั่งอาการเริ่มคงที่ ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวอยู่แต่มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นจะอ่อนปวกเปียก สิ่งสำคัญในระยะนี้ คือ การคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อเป็นการรักษาชีวิตของผู้ป่วยตามหลัก CAB (Circulation-Airway-Breathing) และเน้นการตรวจรักษาหรือตรวจพิเศษ เพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) และให้การดูแลแบบ

ประคับประคองในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะหมดสติขั้นรุนแรง (Coma) และไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีข้อจำกัดในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่สามารถผ่าตัดเพื่อการรักษาได้ ซึ่งปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะนี้ คือ อาการหมดสติ การทำงานของระบบหายใจ และหัวใจล้มเหลว มีการขยับเลื่อนที่ของสมอง ภาวะสมองบวม การมีเลือดออกในรอยโรคที่เกิดจากการขาดเลือดเดิม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (MODS) และการเกิดภาวะช็อค (Koennecke et al., 2011; Yuan et al., 2018)

1.4.3. ระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute Phase) หมายถึง หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ใช้เวลา 48 ชั่วโมง – 6 สัปดาห์หลังมีอาการ โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงและมี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป สิ่งสำคัญในระยะนี้ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เริ่มต้นกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งการวางแผนและการเตรียมความพร้อมการดูแลระยะยาว สำหรับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการและการพยากรณ์โรคแย่ลงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูและเพิ่มความรุนแรงของโรคร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาที่ต่อเนื่องมาจากระยะแรกที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ การทำงานของระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว มีการขยับเลื่อนที่ของสมอง ภาวะสมองบวม การมีเลือดออกในรอยโรคที่เกิดจากการขาดเลือดเดิม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (MODS) ภาวะช็อค ความไม่สมดุลของกรดเบส และภาวะที่มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ (Koennecke et al., 2011; Yuan et al., 2018)

จากการศึกษาของ Bronnum-Hansen และคณะ (2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและระยะหลังเฉียบพลันมีโอกาสเสี่ยงที่เสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะอื่น ๆ

1.4.4. ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) หมายถึง ช่วงเวลา 6 สัปดาห์หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้นไป ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพยังแบ่งเป็น 1) การฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early recovery) เป็นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) การฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Later recovery) เป็นการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องต่อการฟื้นฟูระยะแรก สิ่งที่สำคัญในระยะนี้ คือ เน้นกระบวนการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการพึ่งพาตนเองลดความพิการและภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อม การวางแผนการจำหน่ายและแหล่งประโยชน์และการรักษาต่อเนื่อง ในระยะนี้

ผู้ป่วยจะมีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ โรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะปอดอักเสบในชุมชน (CAP) ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) แผลกดทับและภาวะติดเชื้อจากแผลกดทับ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะทุพโภชนาการและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความไม่สมดุลของกรด-เบส ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนจากการยาต้านเกล็ดเลือด ภาวะสมองมีเลือดออกซ้ำหรือภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ (Koennecke et al., 2011; Yuan et al., 2018)

1.5 ภาวะที่แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง

1.5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Hyper-acute Phase) ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และระยะหลังเฉียบพลัน (Post-Acute Stage) ที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง (R. G. Holloway et al., 2014; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) คือ ผู้ป่วยมีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1.5.1.1. มีภาวะ Coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลา มากกว่า 3 วัน

1.5.1.2. มีภาวะ Coma ร่วมกับ severe myoclonus นานมากกว่า 3 วัน ภายหลังภาวะสมองขาดออกซิเจน

1.5.1.3. มีภาวะ Coma ร่วมกับอาการ 4 อย่าง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ Abnormal brain stem response, Absent verbal response, Absent withdrawal response to pain, Serum creatinine $> 132.6 \mu\text{mol/L}$ (1.5 mg/dL)

1.5.1.4. มีภาวะกลืนลำบากจนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารและสารน้ำที่จำเป็นต่อชีวิตได้ (Artificial nutrition/hydration)

1.5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง (R. G. Holloway et al., 2014; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) คือ

1.5.2.1. สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี ระดับ PPS $\leq 60\%$ หรือ Karnofsky score $< 50\%$

1.5.2.2. มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่งลง ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirated pneumonia), มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection), มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (primary bloodstream infection), เกิดแผลกดทับ stage 3-4 หรือมีไขกลับซ้ำหลังได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotic) และภาวะทุพโภชนาการและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ขั้นรุนแรง

2. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

2.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเมื่อเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2018)

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึง การบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (กรมการแพทย์, 2557)

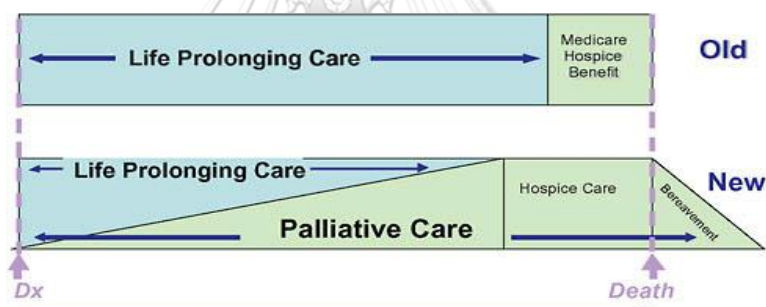
กล่าวโดยสรุป การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีแนวโน้มที่จะทรุดลง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้ โรคนั้นคุกคามต่อชีวิต โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเมื่อเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ

2.2 รูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง

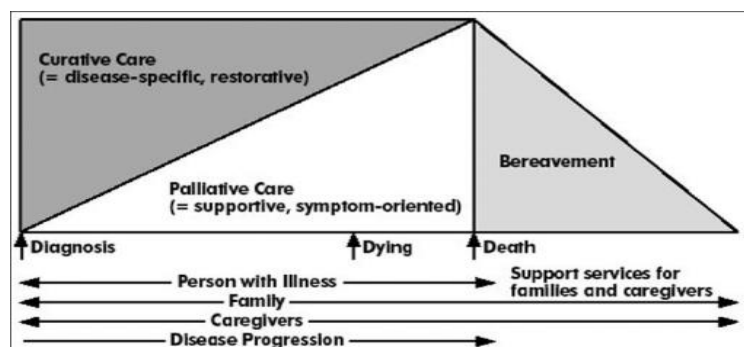
เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นโรคอะไร ลูกหลานขนาดใด หรือความต้องการถึงการรักษารูปแบบอื่น การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อยืดอายุผู้ป่วยหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิม โดยเป็นการดูแลที่ทุกคนตระหนักในการให้บริการสุขภาพ การดูแลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแล

ทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนได้สำเร็จภารกิจที่ปรารถนา การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ควรเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่แรก that ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลจะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ในอดีตที่ผ่านมาการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ความสำคัญการดูแลรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นหลักให้มากที่สุด นับแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรคและการรักษาจะสิ้นสุดลงเมื่อร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่ในปัจจุบันพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนไปมีการนำการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเน้นการดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นตั้งแต่การวินิจฉัยโรค และดำเนินไปควบคู่กับการรักษาหลักไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และครอบคลุมจนถึงหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เพื่อดูแลภาวะทุกข์ทรมานจากการสูญเสียของครอบครัว



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง
(ที่มา: NCHPC, 2018)



ภาพที่ 2 ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง
(ที่มา: WHO, 2018 from Ferris et al.)

2.3 หลักการดูแลแบบประคับประคอง

หัวใจสำคัญหรือหลักของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ 4C ประกอบด้วยดังนี้ (ดาริน จตุรภัทรพร, 2554; เต็มศักดิ์ พิงษ์ศรี, 2547; สายพิน หัตถิรัตน์, 2546)

2.3.1 Centered at patient and family คือ การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษานบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการดูแลเพื่อความสุขสบาย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคอง เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน แยกแยะระหว่างปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วย ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ด้วยการเคารพและให้เกียรติ ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริง เคารพในความเชื่อที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.2 Comprehensive คือ การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการในทุกมิติ ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มุ่งตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิด เจตคติส่วนตัวของผู้ป่วย การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ศรัทธาทางศาสนา และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รับฟังและเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2.3.3 Coordinate คือ การมีส่วนร่วมในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ในหลากหลายสาขา ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย รวมไปถึงผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่าง ๆ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสหสาขาวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย และเป็นแหล่งสนับสนุนบริการที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง

2.3.4 Continuous คือ มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการดูแลครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต ใกล้เสียชีวิต และเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและรู้สึกถึงคุณค่าในชีวิต รวมไปถึงการดูแลญาติและครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ให้เผชิญกับความจริงและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหา

สิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา จึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

2.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองจะมีคุณภาพได้นั้นควรต้องมีระบบที่ดี การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในกลุ่มประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Principles of palliative care) และมีทักษะการพยาบาลในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความปวดความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (จอนณะจง เเพ็งจาด, 2557) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวด้วยรูปแบบและแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ครอบคลุมความต้องการอย่างเป็นองค์รวมและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งบทบาทที่จำเป็นพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Sawatzky et al., 2017; Walshe & Luker, 2010) ประกอบด้วย

2.4.1 บทบาทในการให้การพยาบาล (Providing nursing care)

2.4.1.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางกาย (Physical care) พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ควบคุมจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.1.2 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของการเจ็บป่วยในระยะนี้ ให้สามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้า เสียใจ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ในระยะนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารที่เป็นกลวิธีในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและต้องใส่ใจกับความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความเห็นใจ ให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความตายที่จะเกิดขึ้น

2.4.1.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพยาบาลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการสะท้อนคิดถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ

2.4.2 บทบาทการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Nurse's role in palliative home care) พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลต้องทำความเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านไม่ใช่เป็นบทบาทเฉพาะของพยาบาลในชุมชนเท่านั้น แต่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในกรณี que ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือจัดการ และจำเป็นอย่างยั้งที่ต่อมมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อกำช่วยเหลือเตรียมการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบ ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนและมีศักยภาพสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2.4.3 บทบาทเรื่องการเตรียมตัวตาย (Prepare to die care) การช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบได้นั้น พยาบาลควรต่อมมีการเตรียมผู้ป่วยโดยการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความรุนแรง การรักษาพยาบาล และโอกาสของการเสียชีวิตจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีตจนปัจจุบัน การยอมรับธรรมชาติของการตาย การเตรียมจัดการด้านทรัพย์สินและมรดกที่ให้กับครอบครัวและการแสดงเจตน์จำนงเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ต้องการและการจัดการภายหลังเสียชีวิต

2.4.4 บทบาทการดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Bereavement care) เป็นการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จัดการกับอารมณ์เศร้าโศกให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อสามารถประเมินครอบครัว ได้แก่อสัมพันธ์ภาพ ความสำคัญของผู้เสียชีวิตต่อครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของผู้ป่วยกับครอบครัวและประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว และให้การช่วยเหลือโดยการรับฟังการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึก การให้ข้อมูลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยค้นหาเป้าหมายของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย

แต่อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลแบบประคับประคองที่กล่าวมาข้างต้นเป็นบทบาทและกิจกรรมในภาพกว้าง ไม่สามารถระบุหรือแสดงให้เห็นกิจกรรมของการพยาบาลที่ชัดเจนได้ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพแสดงถึงกิจกรรมและกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจนนั้นนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความ

ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรค สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง

2.5.1 ด้านร่างกาย

2.5.1.1 อาการปวด (Pain) อาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย แต่จากการศึกษาพบว่าอาการปวดจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยในระยะประคับประคอง มีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูและระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย โดยพบอุบัติการณ์ของความปวดร้อยละ 23-44.6 (Jonsson, Lindgren, Hallstrom, Norrving, & Lindgren, 2006; Naess, Lunde, Brogger, & Waje-Andreassen, 2010) ซึ่งอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง (Central poststroke pain: CPSP) สามารถเกิดขึ้นทันทีหลังเกิดอาการของการเกิดโรคจนกระทั่งสามปีหลังเกิดอาการโรค เป็นอาการปวดที่สัมพันธ์กับรอยโรคในสมอง ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทจากสมองสู่ไขสันหลังผิดปกติ ทำให้เกิดอาการแสบร้อนหรือมีอาการปวดเหมือนเข็มทิ่มแทงตามร่างกาย (C. J. Creutzfeldt, Holloway, & Walker, 2012; Henry, Laloo, & Yashpal, 2008) 2) อาการปวดไหล่ (Hemiplegic shoulder pain: HSP) เป็นอาการปวดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและไหล่ ส่งผลให้เอ็นและข้อเกิดการเคลื่อนตำแหน่งหรือทำให้เกิดพังผืด การยึดติด และการเคลื่อนไหวถูกจำกัดเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่กระบวนการอักเสบของข้อและเนื้อเยื่อ (Capsulitis) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว (Lincoln, Kneebone, Macniven, & Morris, 2012) 3) อาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (Painful spasticity) เกิดจากการที่กล้ามเนื้อมีอาการอ่อนแรงและสลับลงจากการใช้งานที่น้อยกว่าปกติและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ประกอบกับมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการทำงานและเกิดความพิการตามมา ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งจนยึดไม่ได้หรือมีอาการกระตุกร่วมด้วย 4) อาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว (Tension-type headache) เกิดจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ภาวะสมองบวม ผลข้างเคียงของยาบางชนิด และการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำไขสันหลัง (Widar, Samuelsson, Karlsson-Tivenius, & Ahlstrom, 2002) 5) อาการปวดท้อง (Abdominal pain) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอาการปวดท้องมีสาเหตุมาจากอาการท้องผูก ท้องอืด และอาหารไม่ย่อย ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ลดลงร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองเป็นผลให้รีเฟล็กซ์การบีบตัวของลำไส้ทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกละอองถ่าย ลำไส้มีการบีบตัวลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกและอุจจาระอุดตันและมีอาการปวดท้องตามมา

2.5.1.2 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบร้อยละ 38 - 77 (Kutlubaev et al., 2013) จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดอาการของโรคจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาพบว่า 10 วันหลังเกิดอาการของโรคพบอุบัติการณ์การเกิดความเหนื่อยล้าร้อยละ 59 และภายหลัง 1 เดือนจะพบอุบัติการณ์การเกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มเป็นร้อยละ 70 (de Coster, Leentjens, Lodder, & Verhey, 2005) ซึ่งความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายและไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด อันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นประจำเกือบทุกวัน (De Groot, Phillips, & Eskes, 2003) และเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ซึ่งความเหนื่อยล้าส่งผลให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Tseng et al., 2010)

2.5.1.3 ปัญหาด้านการขับถ่าย (Fecal and urinary incontinence) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านการขับถ่าย คือ กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งพบอุบัติการณ์เกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น (Brittain, Peet, & Castleden, 1998) เนื่องจากพยาธิสภาพบริเวณก้านสมองหรือสมองส่วนหน้า มีผลให้กระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวทำให้การถ่ายปัสสาวะลำบาก ไม่สามารถถ่ายออกมาได้เองหรือไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้หมด ทำให้ปัสสาวะเล็ดออกมาทีละน้อย (Overflow incontinence) ในขณะที่ความดันในช่องท้องก็จะเพิ่มมากขึ้น (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของ Patel และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงของผู้ป่วย ส่วนความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะมีอาการท้องผูก ขับถ่ายลำบาก ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ลดลงร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนบริเวณคอร์เทกซ์ทำให้รีเฟล็กซ์การบีบตัวของลำไส้ทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกลอยถ่าย ลำไส้มีการบีบตัวลดลงทำให้เกิดอาการท้องผูกและอุจจาระอุดตัน

2.5.1.4 อาการชัก (Post-Stroke Seizures and Epilepsy) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของอาการชักในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Bladin และคณะ (2000) พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอุบัติการณ์เกิดร้อยละ 5-12 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ อาการชักในระยะแรก (Early onset) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเกิดจากการเพิ่มขึ้นของโซเดียมและแคลเซียมภายในเซลล์ที่มากเกินไปจนทำให้เกิดกระบวนการบาดเจ็บของเนื้อสมองจากการขาดเลือดได้ง่ายมาก

ขึ้น และอีกประเภทคือ อาการชักในระยะหลัง (Late onset) ซึ่งเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 สัปดาห์ขึ้นไปส่วนใหญ่จะแสดงอาการใน 6-12 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง มีผลให้เซลล์เนื้อเยื่อที่สมบูรณ์ถูกแทนที่ด้วยเซลล์ค้ำจุนซึ่งไม่สามารถแลกเปลี่ยนกระแสประสาทได้ เกิดการปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติ จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการชักเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 91 (Myint, Staufenberg, & Sabanathan, 2006) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการชักมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.5.1.5 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Dysfunction) จากการศึกษาของ Monga และคณะ (1986) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยความผิดปกติที่พบ คือ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยชายและไม่ถึงจุดสุดยอดในผู้ป่วยหญิง จึงทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์อาจสืบเนื่องมาจากสาเหตุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันได้แก่ อาการอ่อนแรง เกร็ง เหนื่อยล้า อาการปวด ปัสสาวะกระปิตประปรอย ความกลัว ความวิตกกังวล (อรฉัตร โศษยานนท์, 2539)

2.5.1.6 ความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ (Sleep-Disordered Breathing) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งมีปัญหาเรื่องการหายใจขณะนอนหลับ (C. J. Creutzfeldt et al., 2012) โดยลักษณะของการหายใจที่ผิดปกติขณะนอนหลับที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ภาวะหยุดหายใจ (Apnea), ภาวะหายใจช้า (Hypopnea), ภาวะหายใจหอบเหนื่อย (Dyspnea), ภาวะหายใจเร็วและใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ (Tachypnea and use of accessory respiratory muscles) และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea: OSA) มีอุบัติการณ์การเกิดสูงมากกว่าร้อยละ 60 (Bassetti & Aldrich, 1999) ซึ่งลักษณะของการหายใจที่ผิดปกติดังกล่าวมีผลให้เกิดความผิดปกติของ Cerebral white matter ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตที่สูงและมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดตามมา ส่วนการศึกษาของ Alchanatis และคณะ (2004) ได้ทำการวิเคราะห์ห้วงระดับของสารชนิดต่าง ๆ ในเนื้อเยื่อของร่างกายศึกษาโดยใช้ Magnetic resonance spectroscopy เพื่อดูการเมตาบอลิซึมของสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการหายใจขณะหลับจะมีการลดลงของเมตาบอลิซึมบริเวณสมองส่วนหน้าเมื่อเทียบกับคนปกติ ซึ่งสามารถอธิบายการสูญเสียความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจต่าง ๆ (Cognitive function) โดยเฉพาะด้านการจัดการ (Executive function) ได้ มีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของการหายใจขณะหลับร่วมด้วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ คุณภาพชีวิตที่แย่ลงและมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Kaneko, Hajek, Zivanovic, Raboud, & Bradley, 2003)

2.5.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (Dominant hemisphere) ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยความบกพร่องที่พบใน 2 ลักษณะ คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสารภาษา (Receptive or Sensory Aphasia) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's Area) ซึ่งทำหน้าที่เฉพาะในด้านทักษะทางภาษา มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (Visual Aphasia) เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียน (Alexia) และไม่สามารถสื่อสารได้ (Motor or Expressive Aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's Area) เกี่ยวกับการสร้างคำพูด การสื่อสาร และการเรียบเรียงคำพูด ซึ่งอยู่บริเวณ Left inferior frontal lobe ผู้ป่วยจะมีอาการพูดได้ลำบาก พูดทวนคำไม่ได้ บอกชื่อสิ่งของไม่ได้ แต่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ร่วมกับปัญหาการเขียนไม่เป็นประโยค (กฤษณา พิรเวช, 2552; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) นอกจากนี้ความผิดปกติในการสื่อสารอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดซ้ำ สื่อสารกับผู้อื่นลำบากมากขึ้น และไม่กล้าที่จะสื่อสารให้เข้าใจในความต้องการของตนเองหรืออาจมีปัญหาด้านการรับรู้ ฟังคนอื่นไม่เข้าใจ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545)

2.5.1.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนซีเรเบลลัม (Cerebellum) หรือสมองส่วนท้าย ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ช่วยให้เคลื่อนไหวได้อย่างแม่นยำ ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคบริเวณนี้ จะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียกผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย โดยอาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกแล้วจะเกิดอาการเกร็ง เกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า (Glen Gillen, 2015) และถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการเคลื่อนไหวได้ลำบาก จากการศึกษาของนกุล ตะบูนพงศ์ และคณะ (2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 90.9 และร้อยละ 68.7 พบว่ามีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความลำบากในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีความบกพร่องในการคาดการณ์ระยะ

(Spatial Perceptual Deficits) ทำให้ผู้ป่วยกลัวหกล้มหรืออาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มจากการทรงตัวไม่ดี (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

2.5.1.9 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดแน่นไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (Dilorio & Price, 1990) ซึ่งการเคี้ยวและการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 30 – 65 (Roth & Harvey, 2000; กฤษณา พิรเวช, 2552) นอกจากนี้ความพิการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นและสภาพอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วยด้วย ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล (Electrolyte imbalance) หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ตามมาและมีผลทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง

2.5.1.10 ภาวะพร่องการรู้คิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Cognitive Impairment) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติด้านความจำ การตัดสินใจ เซอร์ปัญญา การวางแผน การใช้ภาษาหรือการทำกิจกรรมประจำวัน มีผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางกระบวนการคิด (Cognitive function) เชื่อว่ามีสาเหตุของการเกิดมาจากปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณซีรีบรัลคอเท็กซ์ลดลง ซึ่งเป็นสมองที่ทำหน้าที่ในระบบประสาทขั้นสูงและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในการรู้คิดโดยเป็นศูนย์กลางประสานงาน รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (Gorelick et al., 2011; สุกัญญา ทองบุผา และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2561) ส่งผลให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดเกิดการบาดเจ็บของเซลล์ประสาทและเส้นใยประสาททำให้การเชื่อมต่อและการรับส่งกระแสประสาทเกิดความผิดปกติหรือหยุดการทำงานและเกิดการทำลายการเชื่อมต่อระหว่างจุดประสานประสาทดังกล่าว โดยอาการของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้แย่ง อาการที่พบได้บ่อย คือ อาการคิดช้า, ลืมง่าย, จำเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้, ความสามารถในการวางแผนทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอนลดลง, มีความบกพร่องในการใช้ภาษา, อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, สับสน, คิดเลขลำบาก, ใส่เสื้อผ้าไม่เป็น, เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก, ทำกิจกรรมที่เคยทำไม่ได้ (Alvarez-Sabin & Roman, 2011; เจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2558) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน 3 เดือนผู้ป่วยจะมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในด้าน

ต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ด้านความสนใจหรือสมาธิ ด้านความจำ ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ (Al-Qazzaz, Ali, Ahmad, Islam, & Mohamad, 2014; Cumming, Marshall, & Lazar, 2013; Jokinen et al., 2015)

2.5.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

2.5.2.1 ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke depression) เป็นความผิดปกติซึ่งเกิดจากภาวะทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตประสาทที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย เพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) เพิ่มอัตราการเกิดความพิการและการเพิ่มอัตราการตายทั้งระยะสั้นและระยะยาว (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) โดยมีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึงร้อยละ 14-60 โดยเฉพาะใน 1 ปีแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี (Schepers et al., 2009) จากการศึกษาของ Oladiji และคณะ (2009) พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า ซึ่งความรุนแรง ระยะเวลา และความถี่ของแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน จากการศึกษาของวิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2557) เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการเศร้า กังวลหรือรู้สึกว่างเปล่าเป็นอยู่อย่างเรื้อรัง มีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกหมดหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกเหนื่อยล้าไม่มีแรง แยกตัวออกจากสังคม และมีความคิดฆ่าตัวตาย (มณฑล ว่องวันดี, 2552)

2.5.2.2 ภาวะวิตกกังวลหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke anxiety) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเกิดได้ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีอาการอยู่นาน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว คุณภาพชีวิต และการรอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) ความเครียดที่ต้องพึ่งพาคนอื่น และเกิดจากความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินโรคล่วงหน้า ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าซีดและเย็นและมีผลต่อการนอนหลับ ส่วนทางด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยจะมี

อาการตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า กลัวตายและมีจิตใจที่ไม่สงบ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง

2.5.2.3. อารมณ์แปรปรวน (Emotional Liability) เป็นภาวะทางระบบประสาทที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการหัวเราะหรือร้องไห้บ่อยครั้งในเวลาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทรวมไปถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย คือ หัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ร้องไห้ง่ายและหัวเราะบ่อยกว่าปกติ และมีการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ (Negative emotion) ซึ่งสาเหตุของการเกิดมาจากการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ เชื่อว่าเป็นผลจากพยาธิสภาพของสมองในส่วน Occipitotemporal area, prefrontal cortex, temporal and frontal cortex เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง มีผลให้เซลล์ประสาทถูกทำลายจนทำให้มีการงานที่ผิดปกติของกระแสประสาทและภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) (Giacobbe & Flint, 2007) ซึ่งลักษณะการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมได้ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย สูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม รวมไปถึงมีผลต่อความน่าเชื่อถือ บทบาททางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

2.5.2.4. อาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันแต่ชั่วคราว อันเนื่องมาจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว ไม่สามารถรับรู้ความหมายของสิ่งที่กระตุ้น หลงลืมความจำปัจจุบัน (Recent memory) ซึ่งสามารถพบได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดมาจากการความสามารถในการเชื่อมโยงและสื่อสารกันระหว่างเซลล์ประสาทลดลงจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองหรือภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (McManus et al., 2009) ซึ่งลักษณะอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยเฉพาะไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล ความตั้งใจ (attention) และสมาธิไม่ดี (Concentration) ไม่ดี บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และหวาดระแวง เป็นต้น รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอน เช่น หลับตอนกลางวันแต่จะตื่นและสับสนในเวลากลางคืน จากการศึกษาของ Shi, Q และคณะ (2012) พบว่าอาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและมีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีอัตราความพิการและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

จากการศึกษาของ Burton และคณะ (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าร้อยละ 60 มีผลกระทบและความต้องการในการดูแล

ทางด้านอารมณ์และจิตใจ กลุ่มอาการที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล มีภาวะอารมณ์แปรปรวน และอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งผลกระทบและความต้องการดังกล่าว ยังไม่ได้รับการตอบสนองและได้รับการประเมินในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารและทีมแพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคอง (Eriksson et al., 2016)

2.5.3 ด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

2.5.3.1 ปัญหาทางด้านครอบครัวและสังคม พบว่า การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและความพิการของผู้ป่วยส่งผลสมาชิกในครอบครัวให้มีหน้าที่รับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาท ปรับสัมพันธ์ภาพและมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Ski & O'Connell, 2007) ขาดจากสังคม ขาดชีวิตส่วนตัวไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเพราะต้องดูแลผู้ป่วย จนสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเกิดจากการที่ต้องยก อุ้ม ประคอง ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวอาจต้องเผชิญความขัดแย้งสับสน วิตกกังวลว่าอาจไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีพอ เกิดความรู้สึกคับข้องใจไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร จะต้องให้การดูแลทุกอย่างหรือจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเอง ต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานอาจทำให้แปรความห่วงใยเป็นความรู้สึกด้านลบมากขึ้น (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549) ซึ่งจากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญขุนทด (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยใช้เวลามากกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านสุขภาพมากเพิ่มขึ้นหลังจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้แล้วการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวอาจมีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

2.5.3.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือทำหน้าที่ได้ลดลง อาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (Thompson & Ryan, 2009) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องเอาใจใส่ในการรักษาและดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ครอบครัวของผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน ญาติผู้ดูแลต้องหยุดประกอบอาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวคนอื่นจำเป็นต้องเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมากและค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้น รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติ (Salter, Hellings, Foley, & Teasell, 2008; วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2541)

2.5.4 ด้านจิตวิญญาณ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง คงสภาพความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความแข็งแกร่งทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองกระบวนการฟื้นฟู รวมไปถึงการยอมรับและการปรับตัวต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Giacobbe & Flint, 2007) จากการศึกษาของ de la Mare (2005) และ Burton และคณะ (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติและการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร (Holloway et al., 2010) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการให้ความสำคัญกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว (Marilyn Kendall et al., 2018) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

2.6 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นได้ทุกระบบของร่างกาย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมี ดังนี้

2.6.1 การเกิดแผลกดทับบริเวณผิวหนัง ที่เกิดจากการนอนทับและเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเป็นผลให้เกิดแรงกดสูง ๆ เป็นเวลานาน เลือดไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวได้ไม่สะดวกจนทำให้มีเนื้อตายและผิวหนังถลอก (นวพร ชัชวาลพาณิชย์, 2550) ร่วมกับแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับการเสียดสีกับผ้าปูที่นอนที่ไม่เรียบ มีรอยย่น และการเปียกชื้นที่เกิดจากน้ำ เหงื่อปัสสาวะและอุจจาระทำให้มีแผลเกิดขึ้นในเวลาต่อมา ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อยคือ บริเวณปุ่มกระดูก สะโพก กระดูกก้นกบ ตาตุ่มด้านนอก สันเท้า หัวไหล่ ใบหู ท้ายทอย โดยแผลกดทับเกิดได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเนื่องจากแรงกดทับของน้ำหนัก ส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่ายกว่าเนื่องจากขาดความยืดหยุ่นและพื้นสัมผัสของผิวหนัง (สุภาณี อ่อนชื่น

จิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549) จากการศึกษาของ Sackley และคณะ (2008) พบว่า อาการปวดจากแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดเวลาทำความสะอาดแผล เวลาปัสสาวะและอุจจาระ (Pieper, Langemo, & Cuddigan, 2009) เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นแล้วมีส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง กระบวนการฟื้นฟูและหายและความยุ่งยากของการจัดการที่ยาวนานมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล

2.6.2 การเกิดปอดอักเสบหรือปอดแฟบ จากการที่ผู้ป่วยเคลื่อนที่ไม่ได้หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันแทรกตัวขึ้นมาทำให้ความยืดหยุ่นลดลง การหายใจในท่านอนจะทำให้ปริมาณก๊าซที่หายใจในแต่ละครั้งลดลงและเกิดการคั่งของเสมหะและไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ มีการคั่งค้างของเสมหะในหลอดลมจำนวนมากและเกิดการสะสมของเชื้อโรคทำให้เกิดปอดอักเสบได้ และการที่ผู้ป่วยเคลื่อนที่ไม่ได้หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและนอนเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงที่สารต่างๆ ที่มีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตอยู่ในช่องปากและลำคอตกลงไปในหลอดลมและปอด (สมคิด อุ่นเสมอธรรม, 2551) ก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ (Martino et al., 2005) จากการศึกษาของ Lakshminarayan และคณะ (2010) พบว่า การเกิดปอดอักเสบหรือปอดแฟบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวที่ช้าลง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเพิ่มความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการสำลักและเกิดภาวะปอดอักเสบ

2.6.3 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่างและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไว้นาน (K. Shi, Wood, Shi, Wang, & Liu, 2018) ทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียเอสเชอริเชีย โคไล (Escherichia coli) ประกอบกับการทำงานของกระเพาะปัสสาวะมีความบกพร่องจากรอยโรคในสมองและการเคลื่อนที่ไปมาของสายสวนปัสสาวะที่ทำให้เกิดการเสียดสีจนทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Poisson, Johnston, & Josephson, 2010) จากการศึกษาของ Bogason และคณะ (2017) พบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้บ่อย และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและการรักษาอย่างชัดเจน คือ ผู้ป่วยที่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ต้องเข้าออกรับการรักษาในโรงพยาบาลที่บ่อยกว่าปกติ มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและระยะของการฟื้นตัวที่ยาวนานมากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

2.6.4 การอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือด เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการอันซับซ้อนและการเสียชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมอง พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักและเป็นอัมพาตท่อนล่าง (Adams, 2004) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่ดี เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง การนอนกับเตียงนาน ๆ มีการเคลื่อนไหวลดลง และการได้รับสารน้ำสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบโดยจะมีความเสี่ยงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด (Kappelle, 2011) ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือดนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism: PE) มีอุบัติการณ์ของการเกิดร้อยละ 10-75 ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่มากที่สุดจากสาเหตุของการการอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือดภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Khan et al., 2017)

2.6.5 การเกิดข้อผิดพลาดหรือติดแข็ง เป็นความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการที่พบได้ค่อนข้างบ่อย โดยพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลา 12 เดือนแรกและร้อยละ 19 ในช่วงสามเดือนแรก ในบางการศึกษาพบภาวะนี้ได้มากถึง ร้อยละ 80 ภายใน 6 สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือด (Francisco & McGuire, 2012; Watkins et al., 2002) เกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ของร่างกายเป็นเวลานานไม่ได้ใช้งาน หรือไม่ได้เคลื่อนไหวตามปกติ ทำให้เกิดการตึงรั้งของเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อ และข้อที่ติดยึดโดยเฉพาะจะเกิดขึ้นกับข้อด้านเดียวกับส่วนของร่างกายที่เป็นอัมพาตจนนำไปสู่การอักเสบของข้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อร่วมกับปริมาณของน้ำไขข้อในเอ็นรอบข้อลดลง อัตราการสร้างเส้นใยคอลลาเจนใหม่ทดแทนเส้นใยอันเดิมลดลง เอ็นจึงแข็งตัวและหดเข้าเกิดข้อติด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความปวดตามมา เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทำให้ระดับความสามารถของผู้ป่วยลดลงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพความสะอาดร่างกายส่งผลต่อความสวยงามและภาพลักษณ์ของผู้ป่วย (Cosmetic) และอาจเป็นปัจจัยจำกัดการเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยและก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร (Malhotra et al., 2008; Sommerfeld, Eek, Svensson, Holmqvist, & von Arbin, 2004)

2.7 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.7.1 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554) กำหนดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

2.7.1.1. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและถึงภาวะโรคซึ่งอยู่ในระยะที่ไม่อาจจะรักษาหายได้ด้วยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งในขณะนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบประคับประคอง โดยไม่เร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งยืดยื้อชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งเตรียมพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2.7.1.2. ประเมินภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ เป็นระยะ พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจ ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่ปวด คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

2.7.1.3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม ระบายความรู้สึก ขอคำปรึกษาได้ ตลอดเวลารักษาตัวในสถานพยาบาล ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจ

2.7.1.4. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิตและหลังจากเสียชีวิตแล้ว

2.7.1.5. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปรับการดูแลต่อที่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อการให้บริการเมื่อผู้ป่วยย้ายไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ

2.6.1.6. ยุติการให้บริการเมื่อผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการรับบริการ พร้อมทั้งให้ญาติเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

2.7.1.7. ให้การดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการเผชิญกับความเศร้าโศกเสียใจ

วิเคราะห์แนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้ตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร,ด้านการประเมินสภาวะการเจ็บป่วย, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลระยะสุดท้าย, ด้านการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

2.7.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทในระยะยาว (โรคหลอดเลือดสมอง) ตามแนวคิดของ Turner-Stokes et al. (2007) การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วยของผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาทในระยะยาว มีความสำคัญที่ทีมผู้ดูแลต้องสามารถประเมินและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

2.7.2.1. มีการรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาวะการเจ็บป่วย และสามารถวินิจฉัย พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม

2.7.2.2. มีการพยากรณ์โรค สามารถควบคุมการดำเนินโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.2.3. จัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดการกับอาการปวด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและอาการหงุดหงิด

2.7.2.4. ให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาการข้อติดหรืออาการเกร็ง

2.7.2.5. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งการเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2.7.2.6. ติดต่อและประสานงานกับหน่วยงานในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2.7.2.7. ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลทางด้านจิตใจ ครอบครัว สังคม และจิตวิญญาณ

2.7.2.8. จัดการและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

2.7.2.9. ให้การดูแลญาติและครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

วิเคราะห์แนวคิดของ Turner-Stokes et al. (2007) ได้ตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร, การประเมินสภาวะการเจ็บป่วย, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลระยะสุดท้าย, ด้านการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

2.7.3. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Dy et al. (2012) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพ

2.7.3.1. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้การดูแลอย่างมีส่วนร่วมแบบองค์รวม ในการจัดการกับอาการรบกวนและให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.7.3.2. กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันในการวางแผนการรักษา รวมไปถึงแผนการดูแลในระยะสุดท้ายด้วยกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมนสหสาขาวิชาชีพ

2.7.3.3. ประเมินสภาพและสภาวะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การฟื้นฟู และจัดให้มีรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

2.7.3.4. ประเมินและให้การดูแลในผู้ที่มีปัญหาการกลืนลำบาก การสื่อสาร การออกเสียง และกระบวนการรับรู้ต่าง ๆ

2.7.3.5. ประเมินและดูแลสมรรถภาพทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การทรงตัว การเดิน การปรับสภาพ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

2.7.3.6. ส่งเสริมและให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด การปรับตัวกับสภาวะของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย

2.7.3.7. ให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแล และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ กับผู้ป่วย พร้อมทั้งการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง

2.7.3.8. ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการเผชิญความตาย อย่างเหมาะสม ด้วยการสร้างความหวัง และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

วิเคราะห์แนวคิดของ Dy et al.(2012) ได้ตัวประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการ สื่อสาร, ด้านการประเมินสภาวะการเจ็บป่วย, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลระยะสุดท้าย, ด้านการ กำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล, ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

2.7.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Creutzfeldt et al. (2015) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี ประสิทธิภาพและได้มาตรฐานนั้น บุคลากรและทีมผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ และแบบแผนในการ ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ดังนี้

2.7.4.1. การดูแลทางด้านร่างกาย การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ที่มี ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น อาการปวด ภาวะ ซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล อาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.7.4.2. มีรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา

2.7.4.3. การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน และเป็นองค์รวม ด้วยการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

2.7.4.4. มีการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี ประสิทธิภาพ โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายของการดูแลภายใต้ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และพื้นฐานของครอบครัว

2.7.4.5. ให้ความสำคัญและเคารพซึ่งความเป็นบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พร้อมทั้งเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองใน ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

วิเคราะห์แนวคิดของ Creutzfeldt et al. (2015) ได้ตัวประกอบของการดูแล แบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและ

การสื่อสาร, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลระยะสุดท้าย, ด้านการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล, ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

2.7.5 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Holloway et al. (2014) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเป็นองค์รวม มีแนวทางในการดูแล ดังนี้

2.7.5.1. สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง

2.7.5.2. มีรูปแบบวิธีการประเมินและการพยากรณ์โรคได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง พร้อมทั้งมีการประเมินและจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม

2.7.5.3. มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะรวมถึงระยะสุดท้ายมาใช้อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการวางแผนและกำหนดจุดมุ่งหมายของการดูแลอย่างชัดเจน

2.7.5.4. จัดการกับอาการปวด อาการหายใจหอบ อาการกระวนกระวาย หรืออาการอื่น ๆ ที่รบกวนและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

2.7.5.5. จัดการกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะเศร้าโศก ท้อแท้และสิ้นหวัง ที่มีความซับซ้อนและเพิ่มมากขึ้น ด้วยกระบวนการให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หรือความคับข้องใจ

2.7.5.6. มีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสมตามรูปแบบของสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละตัวบุคคล

2.7.5.7. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจและวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมผู้ดูแลในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการให้สารน้ำสารอาหารและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.7.5.8. ให้ความช่วยเหลือในกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวข้องกับการใส่หรือถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

2.7.5.9. ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย ด้วยการตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

2.7.5.10. ให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่และปัญหาทีมผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดูแล

วิเคราะห์แนวคิดของ Holloway et al. (2014) ได้ตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร, ด้านการประเมินสภาวะการเจ็บป่วย, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลระยะสุดท้าย, ด้านการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล, ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

2.7.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Kendall et al. (2018) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสิ่งที่สำคัญ และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ซึ่งในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย มีรูปแบบและแนวคิดหลักที่สำคัญของการดูแล ดังนี้

ระยะวิกฤตเฉียบพลัน

2.7.6.1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรให้การดูแลที่ครอบคลุมตามหลักแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2.7.6.2. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ด้วยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยทีมผู้ดูแลให้การสนับสนุนด้วยการให้ข้อมูล รูปแบบการรักษาและผลลัพธ์ของกระบวนการต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.6.3. ทีมผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนและการฝึกอบรมในหลักสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เช่นเดียวกับการสนับสนุนให้มีการพูดคุยอย่างเปิดเผยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเสียชีวิต

ระยะฟื้นฟูสภาพ

2.7.6.4. ให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในทุกมิติ โดยมีการประเมินและตรวจสอบอยู่เป็นประจำ

2.7.6.5. ให้การดูแลและจัดการกับความวิตกกังวล การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความเศร้าโศกของผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการพูดคุยที่เปิดกว้างและเป็นกันเอง

2.7.6.6. ประสานงานกับทีมผู้ดูแลหลักและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง

2.7.6.7. ส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยการสนับสนุนและใช้ประโยชน์จากท้องถิ่น การอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

วิเคราะห์แนวคิดของ Kendall et al. (2018) ได้ตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร, ด้านการประเมินสถานะการเจ็บป่วย, ด้านการดูแลทางกาย, ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์, ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม, ด้านการดูแลจิตวิญญาณ, ด้านการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต, ด้านการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล และด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทฤษฎีมาประมวลและวิเคราะห์ ได้องค์ประกอบเบื้องต้นจาก 6 แนวคิด ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลและการสื่อสาร 2) การประเมินสถานะการเจ็บป่วย 3) การดูแลทางกาย 4) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 5) การดูแลครอบครัวและสังคม 6) การดูแลจิตวิญญาณ 7) การดูแลระยะสุดท้าย 8) การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 9) การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล และ 10) การมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทฤษฎี

แนวคิด องค์ประกอบ	สถาบัน ประสาท วิทยา (2554)	Turner- Stokes et al. (2007)	Dy et al. (2012)	Creutz- feldt et al. (2015)	Hollo- way et al. (2014)	Kendall et al. (2018)
ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร	2.7.1.3 2.7.1.5	2.7.2.6	2.7.3.7	2.7.4.2		2.7.6.6
ด้านการประเมินสภาวะการเจ็บป่วย	2.7.1.2	2.7.2.1	2.7.3.3		2.7.5.2	2.7.6.4
ด้านการดูแลทางกาย	2.7.1.2	2.7.2.3	2.7.3.4 2.7.3.5	2.7.4.1	2.7.5.4	2.7.6.1
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.7.1.2	2.7.2.3 2.7.2.7	2.7.3.6	2.7.4.1 2.7.4.3	2.7.5.5	2.7.6.1 2.7.6.5
ด้านการดูแลครอบครัวและสังคม	2.7.1.2	2.7.2.7	2.7.3.7	2.7.4.3	2.7.5.9	2.7.6.1
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	2.7.1.2	2.7.2.7	2.7.3.8	2.7.4.3	2.7.5.6	2.7.6.1
ด้านการดูแลระยะสุดท้าย	2.7.1.1 2.7.1.4	2.7.2.8	2.7.3.8	2.7.4.5	2.7.5.4 2.7.5.7	
ด้านการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	2.7.1.7	2.7.2.9				2.7.6.7
การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล			2.7.3.2	2.7.4.4	2.7.5.3	2.7.6.2
การมีส่วนร่วมในแผนการรักษา			2.7.3.2	2.7.4.4	2.7.5.1	2.7.6.2

3. งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีผู้ให้ความสนใจศึกษามากอย่างต่อเนื่องในหลายแง่มุมที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง

Addington-Hall, Lay, Altmann, and McCarthy (1995) ศึกษาความต้องการและรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 237 คน เป็นคู่สมรส ญาติหรือบุคคลครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตในปี ค.ศ. 1990 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากครั้งต้องเผชิญกับอาการปวด, อาการสับสน, อาการเบื่อหน่ายและการควบคุมอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ และในช่วงปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตการรักษาของแพทย์และพยาบาลไม่สามารถจัดการกับอาการรบกวน อาการปวดที่เกิดขึ้นได้ดีเท่าที่ควร และข้อมูลและทางเลือกในการรักษามีน้อยไม่เพียงพอสำหรับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

Chahine, Malik, and Davis (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยกลุ่มโรคประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ ด้วยวิธีการทบทวนย้อนหลังจากเวชระเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 2004 ถึง 2007 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมแพทย์ จำนวน 129 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีต้องการในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการรู้คิดบกพร่อง อาการปวด กลืนลำบาก อ่อนแรง หายใจลำบาก ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง และมีปัญหาทางด้านการสื่อสาร ไม่สามารถพูดได้

Young, Rogers, and Addington-Hall (2008) ศึกษาความต้องการและรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในสหราชอาณาจักร ช่วงต้นปี ค.ศ. 2003 โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาและปรับปรุงตามกรอบแนวคิดของ The Regional Study of Care for the Dying (RSCD) ทั้งหมด 183 ข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มรณกรรมที่บ้านก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 3 เดือน จำนวน 53 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังจะเสียชีวิตต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แต่การให้การดูแลในรูปแบบดังกล่าวไม่เพียงพอทั้งด้านการบริการทางด้านสุขภาพและการบริการทางด้านสังคม บุคคลที่ช่วยเหลือและดูแลในระยะ 3 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือ คือ ช่วยเหลือกิจกรรมภายในบ้าน (82%), ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (68%), จัดยาหรือให้ยา (66%) และการดูแลในช่วงกลางคืน (54%)

Burton et al. (2010) ศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทอังกฤษ จำนวน 191 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาความเหนื่อยล้า (>50%), ปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ (50%), ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย (25%), ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพิการและการเป็นภาระของบุคคลอื่น (66%) เครื่องมือที่เหมาะสมและใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคอง คือ SPARC

Grudzen, Richardson, Morrison, Cho, and Morrison (2010) ศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยหนักสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์จากผู้ให้คำตอบโดยตรงและการตอบแบบสอบถาม Needs Near the End-of-Life Screening Tool (NEST), McGill Quality of Life Index (MQOL) และ Edmonton Symptom Assessment Survey (ESAS) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหนักสูงอายุในห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 50 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหนักสูงอายุในห้องผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการดูแลด้านการเงิน, การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และต้องการผู้ดูแล ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวกับการควบคุมและจัดการความเหนื่อยล้า อาการปวด ความวิตกกังวล และภาวะหายใจลำบาก

Mazzocato, Michel-Nemitz, Anwar, and Michel (2010) ศึกษาความต้องการและประเมินอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยวิธีศึกษาทบทวนย้อนหลังจากเวชระเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2005 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 42 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความต้องการให้ดูแลจัดการกับภาวะหายใจลำบาก, อาการปวด, ความบกพร่องในการสื่อสาร, อาการปากแห้ง, อาการท้องผูก, ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ส่วนสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง หรือภาวะสมองบวม, ภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ เช่น ปอดอักเสบ โรคหัวใจล้มเหลวหรือโรคหัวใจขาดเลือด

Payne, Burton, Addington-Hall, and Jones (2010) ศึกษาความต้องการ ความพึงพอใจ และประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะท้าย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 คนเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 28 คนและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 25 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยากรณ์โรคที่แน่นอนชัดเจน ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย และในผู้ป่วยที่มีอาการแย่งหรือผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตญาติต้องการที่จะพาผู้ป่วยกลับไปดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน

Ntlholang, Walsh, Bradley, and Harbison (2016) ศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการแบบประคับประคองจำนวน 13 คนจากทั้งหมด 54 คน คิดเป็น 24.1 % ความต้องการในดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การจัดการกับภาวะหายใจลำบาก, อาการปวด, มีเสมหะในลำคอร่วมกับอาการกลืนลำบาก(เสี่ยงเสมหะก่อนตาย), ภาวะสับสนงุนงง และความกดดันทางด้านจิตใจ

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบและหลักการในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Jack et al. (2004) ศึกษา รูปแบบและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาล The Royal Liverpool และโรงพยาบาล Broadgreen University ผลการศึกษาพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานช่วยให้กระบวนการดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเสียชีวิต ประกอบด้วย 1) หยุดการให้ยาที่ไม่เหมาะสม 2) บริหารยาตามแนวทางการรักษาผ่านทางชั้นใต้ผิวหนัง 3) จัดเว้นการทำหัตถการหรือการการรักษาที่ไม่จำเป็น 4) จัดเว้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสม 5) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม 6) แจ้ง/อธิบายให้ญาติและครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย และ 7) พุดคุยกับญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

Rogers and Addington-Hall. (2005) ศึกษารูปแบบดูแลและปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ด้วยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 20 คน พบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความซับซ้อนในการพยาบาลและการดูแล ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยรอดชีวิตมากกว่า 5 วัน ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการมีส่วนร่วมในการรักษา การดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิตควรเป็นบทบาทของญาติพี่น้องและครอบครัวเป็นการดูแลบนพื้นฐานของความต้องการมากกว่าพื้นฐานของการวินิจฉัยโรค และปัจจัยที่สามารถทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง, อายุ, ภาวะเพื่อสับสน และระดับของความรู้สึกตัว

Creutzfeldt, C. J. (2009) พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย การดูแลที่เหมาะสม คือ การสื่อสารและให้ข้อมูลเป็นประจำเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ ให้ความสำคัญกับตัวบุคคล เคารพในการตัดสินใจ ยอมรับในค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อ จัดการกับอาการรบกวนและตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุม ประเมินการรับรู้และระดับของความพิการที่ผู้ป่วย/ญาติสามารถรับได้ ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยมีปัญหาทางการสื่อสาร ซึ่งเป็นอุปสรรคในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้

Holloway et al. (2010) ศึกษารูปแบบและลักษณะของการให้คำปรึกษาและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผ่านรูปแบบและกระบวนการให้การดูแลแบบประคับประคองที่มึนสุภาพ ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กลุ่มผู้ดูแลแบบประคับประคอง, นักสังคมสงเคราะห์, พระสงฆ์หรือนักบวช, นักกิจกรรมบำบัดและนักวิจัยจัดทำขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 101 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ อีก 984 คน ผลการศึกษาพบว่า 6.3 % ของการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่, ความสามารถ/สมรรถนะในด้านต่าง ๆ ลดลง และมีโอกาสเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ เกิดจากการถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองด้วย

Burton and Payne (2012) พัฒนารอบแนวคิดทฤษฎีสำหรับทีมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านกระบวนการจัดสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอังกฤษ จำนวน 29 คน ได้กรอบแนวคิดทฤษฎีสำหรับทีมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 2 กลไก ที่สำคัญ คือ 1) กลไกด้านการรับรู้ ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลที่ถูกต้องสำหรับการดูแลแบบประคับประคองและความสามารถของแต่ละบุคคล 2) กลไกด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ระยะเวลาของการให้การรักษารูปแบบการทำงานที่มีความซับซ้อน และการรับรู้ถึงความตาย

Gardiner, Harrison, Ryan, and Jones (2013) ศึกษามุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับการให้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสหราชอาณาจักร ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์รายบุคคลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 66 คน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจนจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะประคับประคอง สามารถทำร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เป็นเรื่องที่ยากที่จะระบุระยะเวลาได้แน่นอนว่าเมื่อใดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเข้าสู่ระยะของการดูแลแบบประคับประคอง

Eriksson et al. (2016) ศึกษารูปแบบการดูแลในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบ, การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ และการติดต่อสื่อสารเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจาก Swedish national quality registers for end-of-life care กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,252 คนแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกลุ่มละ 1,626 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต คือ อาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ สับสน วิดกกังวล และอาการปวด โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดอาการต่าง ๆ น้อยกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนการประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ จากทีมแพทย์พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารและทีมแพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคอง

Parry-Jones et al. (2016) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการรักษา การตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสหราชอาณาจักร ช่วงวันที่ 1 เมษายน ค.ศ.2013 ถึง 31 มีนาคม ค.ศ.2014

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 65,818 คนแบ่งเป็นประเภทหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 58,798 คน และ ประเภทหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด 7,020 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 29.3 % เลือกการรักษาและดูแลแบบประคับประคองภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล และปัจจัยที่สามารถทำนายการเลือกเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง คือ โรคหลอดเลือดสมองประเภทหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วเป็นโรคร่วม, อายุที่มากขึ้น(ความชราภาพ) และระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง

Singh, Peters, Tirschwell, and Creutzfeldt (2017) สํารวจรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ.2010-2012 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 395,411 คน แบ่งเป็นประเภทหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 340,180 คนและประเภทหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด 55,231 คน ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองถูกนำมาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก, โรคหลอดเลือดสมองประเภทหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด, ผู้ป่วยเพศหญิงและประชากรในกลุ่มผิวขาว โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 9.2 % และการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการระยะเวลาของเสียชีวิตและระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยทั่วไป

ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล, และเกศินี สราญฤทธิชัย (2557) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองด้วยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านของกลุ่มแกนนำชุมชน ผ่านการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 1 วัน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 52 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่มีอยู่ลดลงและไม่มีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ ด้านผู้ดูแลหลักพบว่าทุกคนมีทัศนคติที่ดี เอาใจใส่และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ด้านแกนนำชุมชนพบว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และด้านผู้ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขได้อย่างครอบคลุม

3.3 งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Stevens, Payne, Burton, Addington-Hall, and Jones (2007) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อระบุความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 7 งาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติยังไม่รู้จัก ไม่มีความรู้และไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยข้อมูลของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกจำกัดอยู่ในช่วงระยะวิกฤตเฉียบพลันและยังไม่มีข้อกำหนดหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตในระยะวิกฤตเฉียบพลันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตในระยะเวลาล่วงหน้า

Wee, Adams, and Eva (2010) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2009-2010 มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 16 งาน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารและความลำบากในการตัดสินใจในเรื่องการให้สารน้ำและสารอาหารกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ญาติของผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือส่วนร่วมในการรักษา และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

Creutzfeldt et al. (2012) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการที่พบและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1995-2011 มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 63 งาน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคอง คือ 1) อาการปวด (อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง, อาการปวดไหล่, อาการปวดจากการแข็งเกร็ง และอาการปวดศีรษะ) 2) ปัญหาด้านร่างกาย (อาการเหนื่อยล้า, ภาวะกลืนลำบากและปัสสาวะไม่ได้, อาการชัก, ความผิดปกติทางเพศ ที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ และความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ) 3) ปัญหาทางด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า, วิตกกังวล, อารมณ์แปรปรวน, อาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน) 4) ปัญหาทางด้านสังคม (โครงสร้างและบทบาทของครอบครัว, การติดต่อสื่อสารและบทบาททางสังคม, ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษา, ปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน และภาระของญาติและครอบครัว) และ 5) ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ (ความเชื่อ/ศรัทธา, วัฒนธรรม/ประเพณี, การรับรู้ของบุคคล และระบบสังคม โครงสร้างสังคม)

Creutzfeldt et al. (2015) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มตั้งแต่วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มแย่ลง การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรและผู้ป่วยมีจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทุกวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยญาติ, ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการรักษา, กำหนดเป้าหมายของการรักษาให้มีความสำคัญโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการจัดการกับอาการปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ

Molidor, Overbaugh, James, and White (2018) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ.1999-2016 มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 23 งาน เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 16 งานและงานวิจัยเชิงคุณภาพ 7 งาน ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายของกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคเป็นการรักษาสู่การดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่สำคัญเนื่องจากกระบวนการดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาและใช้ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องต้องอำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายด้วยการตายดีด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ตั้งแต่ช่วงสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีปัญหากลือสารและการเคลื่อนไหว, ความเหนื่อยล้า, ความเจ็บปวด, การสูญเสียความทรงจำ เพื่อสับสน, มีความทุกข์/ความกดดันทางจิตใจ, ความกลัวตาย ความเหงาและมีความจำเป็นในการสนับสนุนครอบครัวและทีมแพทย์ผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายผลของการเลือกเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง คือ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะโรคร่วม, เพศ, อายุ และระดับความรู้สึกลดลง ด้านปัญหาและความต้องการที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ การติดต่อสื่อสาร การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งต้องการการสนับสนุนและดูแลจากครอบครัวสังคม

3.4 งานวิจัยกลุ่มอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Turner-Stokes et al. (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทในระยะยาว โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยทีม National Council for Palliative Care ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางระบบประสาท ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทในระยะยาวจำนวน 251 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทในระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคองมีความทับซ้อนกันในหลายส่วน ขาดแคลนการดูแลในรูปแบบประคับประคองซึ่งจำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตการดูแลจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีความเป็นปัจเจกบุคคล

duPreez et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายและอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับการรักษาย้อนหลังจาก 422 โรงพยาบาลใน 11 เมืองใหญ่ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2000 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเสียชีวิตภายใน 30 วัน จำนวน 4,894 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้น, เพศหญิง, การเป็นสมาชิกขององค์กรการดูแลสุขภาพ (สวัสดิการการรักษา), ระยะเวลาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 วัน และมีภาวะหลังล้ม ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง คือ กลุ่มชนผิวดำ, การใช้เครื่องช่วยหายใจ, การใส่สายให้อาหาร (Nasogastric Tube), โรคเบาหวานที่ไม่รุนแรงและโรคลิ้นหัวใจ

Blacquiere, Gubitz, Dupere, McLeod, and Phillips (2009) ศึกษาและประเมินผลของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเมือง Halifax และ Nova Scotia ประเทศแคนาดา ช่วงปี ค.ศ. 2003-2004 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 104 คน ผลการศึกษาพบว่า 90.4 % ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระยะของการการดูแลแบบประคับประคอง โดยทั้งหมดได้รับการพยาบาลตามรูปแบบปกติและการดูแลความสุขสบายก่อนเสียชีวิต ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการทราบข้อมูลการรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจากแพทย์และทีมผู้ดูแล และไม่เห็นด้วยกับแพทย์ในการหยุดให้สารน้ำและการให้อาหารทางสายยางในช่วงการดูแลแบบประคับประคอง

A. J. Young, Rogers, Dent, and Addington-Hall (2009) ศึกษาปัจจัยทำนายและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริการทางด้านสุขภาพและการบริการทางด้านสังคม ศึกษา 2 ระยะ คือ 3 เดือน และ 3 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยใช้แบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Views of Informal Carers Evaluation of Services (VOICES) ที่พัฒนาและปรับปรุงตามกรอบแนวคิดของ Regional Study of Care of the

Dying (RSCD) ทั้งหมด 183 ข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา และการรับรู้และเข้าใจในสภาพ การเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วย คือ ปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยของ แพทย์และพยาบาลในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการ ตอบสนองความต้องการ, การดูแลความเป็นปัจเจกบุคคล, การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการช่วย ให้ผู้ป่วยพบกับการตายดี คือปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยของแพทย์ และพยาบาลในระยะเวลา 3 วันก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติของผู้ป่วยมีความ พึงพอใจในรูปแบบการดูแลของแพทย์และพยาบาล การตอบสนองความต้องการและการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

Jeffries, Shipman, and Wee (2011) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและ บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 15 คน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่จำเป็นเนื่องจาก ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีและครอบคลุมมากขึ้น แต่บทบาทของผู้ดูแลเฉพาะ ทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มี ความชัดเจน ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองมีปัญหาและต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และการวางแผนการจำหน่าย ส่วน ญาติและครอบครัวต้องการแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจในการรักษา

Blacquiere, Bhimji, Meggison, Sinclair, and Sharma (2013) ศึกษาความพึงพอใจ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต แล้ว 4 สัปดาห์ ด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตแล้วและได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต 15 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความพึงพอใจมาก ที่สุด คือการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจในการรักษา และความพอใจน้อยที่สุดกับการตอบสนอง ทางด้านอารมณ์ของทีมผู้ดูแล ส่วนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ ประคับประคองพบว่า ครอบครัวมีความพึงพอใจน้อยด้านการให้สารน้ำและสารอาหารกับผู้ป่วย รวมไปถึงการให้ข้อมูลและการสื่อสารของทีมสุขภาพ

Eastman et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยทำนายกับการเข้ารับการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเทศออสเตรเลีย ด้วยวิธีการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในช่ วงวันที่ 1 มกราคมถึงธันวาคม ค.ศ. 2008 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 544 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 57

คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 487 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ เพศ, อายุ, ระดับความพิการ, รูปการดำเนินชีวิต และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเลือกใช้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองแตก, อายุและระดับความพิการที่เพิ่มขึ้น

Gott et al. (2013) ศึกษาขอบเขตและปัจจัยทำนายการเปลี่ยนผ่านสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บันทึกไว้โรงพยาบาล 2 แห่งในสหราชอาณาจักร ที่มีระบบการให้บริการแบบประคับประคองอย่างเต็มรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 514 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 คนได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 12 คน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีการเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเป็นการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคกระดูกและโรคสมองเสื่อม

Eriksson, Andersson, Olsson, Milberg, and Friedrichsen (2014) ศึกษาประเด็นปัญหาและข้อขัดแย้งทางจริยธรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังจะเสียชีวิต ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์รายบุคคลและการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสวีเดน ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 41 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและการตอบสนองของทีมนแพทย์และทีมผู้ดูแล 2) ปัญหาด้านการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งมีผลมาจากปัญหาด้านสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

Cowey et al. (2015) ศึกษาผลกระทบทางด้านคลินิก รูปแบบการรักษา และการรับรู้ของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในการดูแลระยะท้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการทบทวนเชิงปริมาณในรูปของแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 คน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 23 คน รวม 40 คน ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคองส่วนใหญ่มีผลมาจากความวิตกกังวลของญาติ อันเกิดจากความไม่แน่นอน ความไม่มั่นใจ และคุณภาพในการรักษาตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ทีมผู้ดูแลจัดเตรียมไว้ การให้ข้อมูลกับญาติ

และครอบครัวเกี่ยวกับการช่วยชีวิต การให้สารน้ำสารอาหาร และการเตรียมเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญในการประกอบการตัดสินใจของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านหรือสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

de Boer et al. (2015) ศึกษามุมมองและประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษาในสภาวะที่กดดัน ผ่านกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ 4 ส่วนของญาติที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ 1) การตัดสินใจในช่วงระยะเวลาที่กดดัน 2) ความรู้สึกกดดันของผู้ที่เป็นคนตัดสินใจ 3) รู้สึกไม่เต็มใจที่จะต้องเป็นคนตัดสินใจ และ 4) การเผชิญกับความเครียด สิ่งไม่คาดฝัน และการเปลี่ยนแปลงที่จะตามมา

Alonso et al. (2016) ศึกษาปัจจัยทำนายและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาระยะท้ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะท้ายชีวิตในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วงปี ค.ศ. 2011-2014 ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 114 คน แบ่งเป็นประเภทหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 85 คน และ ประเภทหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 7 วัน ก่อนการเสียชีวิต และปัจจัยที่สามารถทำนายการเลือกเข้ารับการรักษาระยะท้ายประคับประคองในระยะสุดท้าย คือ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง, ปัญหาการกลืนลำบากและขนาดของรอยโรค ซึ่งได้แก่ บริเวณที่มีเลือดออกในสมองหรือบริเวณที่เนื้อสมองขาดเลือด

Kendall et al. (2018) ศึกษาผลลัพธ์และประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานด้วยการสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในรูปของแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระยะ 6 สัปดาห์, 6 เดือน และ 1 ปีหลังได้รับการวินิจฉัยรวม 219 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากทางด้านอารมณ์จิตใจ ความเศร้าโศก การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และ 57 % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย รูปแบบการดูแลในปัจจุบันแพทย์และทีมผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการให้ความสำคัญกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตสังคม ซึ่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริงเนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความต้องการมากกว่าการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย ต้องการข้อมูลและการพยากรณ์โรคถึงความเป็นไปได้ของ

การฟื้นฟู ระดับความพิการ และการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย ในผู้ป่วยที่มีอาการแย่งแพทย์เจ้าของไข้ต้องมีทักษะในการสื่อสารอย่างชัดเจนในกระบวนการฟื้นฟู การยอมรับความพิการ และยอมรับความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยประมวลและวิเคราะห์องค์ประกอบเบื้องต้น ประกอบด้วย 12 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การดูแลควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อน 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลระยะสุดท้าย 7) การให้/ได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 8) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 9) การวางแผน/กำหนดเป้าหมายของการดูแลอย่างชัดเจน 10) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดูแลผู้ป่วย 11) การอำนวยความสะดวกและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และ 12) รูปแบบการดูแลที่มีความจำเพาะเจาะจงและหลากหลาย ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะ
 ประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย

งานวิจัย องค์ประกอบ	Addington-Hall et al. (1995)	Chahine et al. (2008)	Burton et al. (2010)	Mazzocato et al. (2010)	Payne et al. (2010)	Wee et al. (2010)	Molidor et al. (2018)	Kendall et al. (2018)
การดูแลควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
การดูแลทางด้านร่างกาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การดูแลจิตใจและอารมณ์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การดูแลครอบครัวและสังคม		✓				✓	✓	
การดูแลจิตวิญญาณ		✓		✓		✓		
การดูแลระยะสุดท้าย			✓		✓		✓	✓
การให้หรือได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ		✓				✓		✓
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ		✓		✓	✓	✓	✓	✓
การวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของการดูแลอย่างชัดเจน			✓		✓			✓
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดูแลผู้ป่วย					✓	✓		✓
การอำนวยความสะดวกและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	✓	✓		✓	✓		✓	
รูปแบบการดูแลที่มีความจำเพาะเจาะจงและหลากหลาย	✓			✓	✓			✓

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบโครงสร้างที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการประมวล วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยการดูแลแบบประคับประคอง จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันให้เป็นหมวดหมู่ ประมวลสรุปบรรยายการที่มีความซ้ำซ้อนนำมาเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้นของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้องค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลระยะสุดท้าย 7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 8) การอำนวยความสะดวก และ 9) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ตารางสังเคราะห์องค์ประกอบหลักการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทฤษฎี	ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย	สรุปองค์ประกอบหลักการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร	การให้หรือได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล
ด้านการดูแลทางกาย	การดูแลทางด้านร่างกาย	การดูแลทางด้านร่างกาย
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	การดูแลจิตใจและอารมณ์	การดูแลจิตใจและอารมณ์
ด้านการดูแลครอบครัวหรือสังคม	การดูแลครอบครัวและสังคม	การดูแลครอบครัวและสังคม
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	การดูแลจิตวิญญาณ	การดูแลจิตวิญญาณ
ด้านการดูแลระยะสุดท้าย	การดูแลระยะสุดท้าย	การดูแลระยะสุดท้าย
ด้านการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต		
ด้านการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล	การวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของการดูแลอย่างชัดเจน	การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล
ด้านการประเมินสถานะการเจ็บป่วย	รูปแบบการดูแลที่มีความจำเพาะเจาะจงและหลากหลาย	
ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดูแลผู้ป่วย	การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
-	การอำนวยความสะดวกและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	การอำนวยความสะดวก

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทั้ง 4 ระยะ มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมือนกันทั้ง 9 องค์ประกอบ ดังกล่าวข้างต้น แต่เนื้อหาสาระและความสำคัญของการดูแลในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน เช่น 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ในระยะวิกฤตเฉียบพลันและระยะเฉียบพลัน ข้อมูลสำคัญและจำเป็นในระยะนี้ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ผลดีและผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์ และระยะหลังเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ข้อมูลสำคัญและจำเป็นในระยะนี้ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคที่แย่ง ระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องที่เป็นประโยชน์ รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีรูปแบบวิธีการดูแลรักษาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Payne et al., 2010) 2) การดูแลทางด้านร่างกาย พบว่า ในระยะวิกฤตเฉียบพลันและระยะเฉียบพลัน การดูแลทางด้านร่างกายที่สำคัญและมีความจำเป็น คือ การดูแลเพื่อการคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อเป็นการรักษาชีวิตของผู้ป่วย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง และในระยะหลังเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง การดูแลทางด้านร่างกายที่สำคัญและมีความจำเป็น คือ การป้องกันการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะขึ้น พร้อมทั้งจัดการกับอาการบวมและการส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย เช่น การดูแลเพื่อจัดการกับอาการปวด, อาการข้อฝืดตึงหรือข้อติดแข็ง, อาการชัก, อาการกลืนลำบากหรือรับประทานอาหารเองไม่ได้, อาการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (C. R. Burton et al., 2010; Mazzocato et al., 2010) 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ พบว่า มีความสำคัญและเนื้อหาสาระของการดูแลคล้ายคลึงกันในทุกะยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาของ การดูแลมุ่งเน้นการจัดการกับความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, ความเศร้าโศก, ปัญหาอารมณ์แปรปรวน, การสูญเสียคุณค่าในตนเอง, ภาวะความกดดันทางด้านจิตใจ, ความท้อแท้และสิ้นหวัง (C. R. Burton et al., 2010; Mazzocato et al., 2010) เนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้ตลอด อันมีผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้สภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน และก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบเดลฟาย

4.1. ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

การวิจัยแบบเดลฟาย หมายถึง วิธีการรวบรวมความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อมุ่งศึกษาและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด โดยการรวบรวมและกลั่นกรองความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ ทั้งนี้จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ใคร่ครวญความคิดเห็นโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในรอบถัดไป ทั้งนี้องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจะเกิดจากการพิจารณาตัดสินคัดกรองโดยเสียงข้างมากลักษณะสำคัญของการวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย คือ 1) การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำแนะนำเป็นไปอย่างอิสระไม่ถูกครอบงำด้วยกระบวนการกลุ่ม 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนความคิดเห็น และ 3) การวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ (น้ำผึ้ง มีศิลป์, 2559)

การวิจัยแบบเดลฟาย หมายถึง วิธีการสื่อสารความรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่นอน โดยอาศัยกระบวนการรวบรวมและกลั่นกรองความรู้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากการใช้ชุดของแบบสอบถามความคิดเห็น และควบคุมความคิดเห็นโดยการไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การเสนอความเห็นเป็นไปอย่างอิสระ การให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทวนซ้ำความคิดเห็น และการวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ (ชัยลิจิต สร้อยเพชรเกษม, 2555)

การวิจัยแบบเดลฟาย หมายถึง เทคนิคการวิจัยที่ศึกษาแนวโน้มของอนาคต โดยการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยไม่เปิดเผยรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ และไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญเผชิญหน้ากันเพื่อให้เห็นความคิดเห็นอย่างอิสระและป้องกันการเกิดความครอบงำของความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550)

การวิจัยแบบเดลฟาย หมายถึง การวัดการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ มีการประเมินลำดับหรือการพยากรณ์และให้ข้อมูลย้อนกลับโดยไม่มีการประชุม ทำให้ความคิดเห็นของบุคคลไม่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่ม (N. Burns & Grove, 2001)

สรุปได้ว่า การวิจัยแบบเดลฟาย หมายถึง กระบวนการหรือเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สอดคล้องกัน โดยการรวบรวมข้อมูลที่เน้นความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นหลัก โดยปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เห็นความคิดเห็นอย่างอิสระและป้องกันการเกิดความครอบงำของความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน ด้วยการรวบรวมและสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

4.2 ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยแบบเดลฟาย

ลักษณะสำคัญอันเป็นลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเดลฟายไว้ 3 ประการ (Dalkey, 1969) คือ

1. การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ หรือสมาชิกกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นสมาชิกกลุ่มที่ไม่รู้จักกันทำให้การเสนอความเห็นเป็นไปอย่างอิสระตรงประเด็น
2. การให้ข้อมูลที่เป็นความเห็นของกลุ่มย้อนกลับไปยังสมาชิกกลุ่มแต่ละคนและมีการเสนอความเห็นซ้ำๆ ความเห็นของสมาชิกที่เสนอไว้แต่ละรอบ จะถูกแจ้งกลับไปยังสมาชิกกลุ่มในรูปของความเห็นของกลุ่ม และกระทำอย่างนี้หลาย ๆ ครั้ง หรือหลาย ๆ รอบ
3. การวินิจฉัยของกลุ่มอย่างเป็นทางการ ความเห็นครั้งสุดท้ายของสมาชิกจะสรุปเป็นความเห็นของกลุ่ม เช่น ถ้าคำถามที่ใช้เกี่ยวข้องกับจำนวนหรือตัวเลข ผลสรุปจากการวินิจฉัยของกลุ่มอาจเป็นค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน หรือค่าการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางอื่นๆ

4.3. ส่วนประกอบที่สำคัญของการวิจัยแบบเดลฟาย

4.3.1 ลักษณะของเรื่องที่ศึกษา เป็นปัญหาการวิจัยที่คำตอบไม่ชัดเจน ไม่สามารถหาคำตอบได้จากการวิจัย จากเอกสาร เนื่องจากยังไม่มีเอกสารที่ตีพิมพ์หรือตำรา โดยสามารถแสวงหาคำตอบได้จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับปัญหาที่ศึกษาจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือ ปรากฏการณ์ในอนาคต หรืออาจเป็นปัญหาในปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่ต้องใช้ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาในการระดมความคิดเห็นให้ได้แนวทางเหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหาเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจหรือการวางแผนกลยุทธ์ต่างๆ ที่สอดคล้องกับปัญหา และการป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550)

4.3.2 ผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงและความเที่ยงสูง โดยผู้วิจัยต้องมีเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาการวิจัย โดยอาจคัดเลือกด้วยวิธีบอกต่อ (Snowball technique) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับกรณีที่ประชากรหายากหรือผู้วิจัยไม่ทราบว่าบุคคลใดที่เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาการวิจัย ผู้วิจัยอาจรวบรวม ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มหนึ่งก่อน จากนั้นพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพิ่มจากการสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ หรือขอให้แนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้ จนได้ ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ต้องการข้อมูลมาศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550) ในการกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญจะขึ้นกับลักษณะของกลุ่มและ ประเด็นปัญหาที่ศึกษา ซึ่งหากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่านขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะลดลงจนอาจคงที่ได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (People Size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (Net change)
1 - 5	1.20 - 0.70	0.50
5 - 9	0.70 - 0.58	0.12
9 - 13	0.58 - 0.54	0.04
13 - 17	0.54 - 0.50	0.04
17 - 21	0.50 - 0.48	0.02
21 - 25	0.48 - 0.46	0.02
25 - 29	0.46 - 0.44	0.02

ที่มา: (Macmillan, 1971)

4.3.3 แบบสอบถาม แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยแบบเดลฟายประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชนิด คือ แบบปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า และในการตอบแบบสอบถามต้องกระทำอย่างน้อย 3 รอบ

รอบที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดกรอบของการวิจัยเพื่อให้การวิจัยชัดเจนโดยกรอบของการวิจัยได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบแรก ลักษณะคำถามปลายเปิด ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รอบที่ 2 แบบสอบถามพัฒนาจากแบบสอบถามรอบแรกโดยเป็นแบบสอบถามที่ได้จากการนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ และสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดประมาณค่า ข้อความในแบบสอบถามต้องชัดเจนและสื่อข้อความให้ ผู้เชี่ยวชาญเข้าใจได้ตรงกัน การประมาณค่าของแบบสอบถามเน้นที่การจัดลำดับความสำคัญ

รอบที่ 3 เป็นการนำแบบสอบถามรอบที่ 2 มาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 3 ใช้คำถามเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กำหนดค่ามัธยฐานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 (von der Gracht, 2012) และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบ ลงในแบบสอบถามฉบับที่ 3 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ทราบความเหมือนหรือต่างของคำตอบของตน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม รอบนี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถเปลี่ยนคำตอบให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของ กลุ่มได้ ถ้าความเห็นไม่ตรงกับกลุ่มแต่ยืนยันในความคิดเดิมต้องแสดงเหตุผลประกอบ (ชนิษฐา วิทยายุมาศ, 2530) โดยทั่วไปอาจไม่ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่

4 เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จะแตกต่างกันน้อยมาก แต่หากต้องเก็บข้อมูลรอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบอีกครั้งหากแบบสอบถามรอบถัดไปมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นน้อยกว่าร้อยละ 20 สามารถยุติคำถามรอบถัดไปได้ (Murry & Hammons, 1995)

4.3.4 การรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลจะเริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 โดยผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบในการวิจัย ในการเก็บข้อมูลแต่ละรอบผู้วิจัยจะต้องให้เวลาแก่ผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งรัดและทิ้งเวลาจนนานเกินไป เพราะผู้เชี่ยวชาญอาจลืมนำคำตอบจนเกิดความไม่ต่อเนื่องในการคิด หรือหมดความสนใจในการตอบแบบสอบถาม

4.3.5 สถิติที่ใช้ สถิติที่นำมาใช้ในการพิจารณาคำตอบจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะใช้สถิติการวัดแนวโน้มสู่ส่วนกลาง (Central tendency) ในการแสดงตำแหน่งของความคิดเห็นด้วยการใช้ค่ามัธยฐาน (ขนิษฐา วิทยายุมาศ, 2530) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีการใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในการพิจารณาความคิดเห็น หากข้อความใดมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นสอดคล้องกัน แต่หากมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างหรือมากกว่า 1.50 แสดงว่ามีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน (von der Gracht, 2012)

4.3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย มีขั้นตอนดังนี้

4.3.6.1. กำหนดปัญหาที่จะศึกษา ปัญหาที่จะวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอนและสามารถวิจัยปัญหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นผู้ตัดสินประเด็นปัญหาควรนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือการคาดการณ์ในอนาคต

4.3.6.2. การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือการอาศัยข้อคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพียงใด ดังนั้นสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงในการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ จำนวนผู้เชี่ยวชาญและวิธีการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

4.3.6.3. การทำแบบสอบถามในกระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย จะให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวน 4 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 การทำแบบสอบถามฉบับแรก เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ลักษณะคำถามกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่จะวิจัยนั้น เพื่อระดมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการวิเคราะห์คำตอบแบบสอบถามรอบแรกผู้วิจัยจะต้องรวบรวมความคิดเห็น

วิเคราะห์โดยละเอียด และนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นโดยตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามในรอบต่อไป

รอบที่ 2 นำคำตอบที่วิเคราะห์ได้จากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้นำหนักความสำคัญของแต่ละข้อรวมทั้งเหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่ด้วยของแต่ละข้อ การแก้ไขสำนวนหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 วิเคราะห์โดยนำคำตอบแต่ละข้อมาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

รอบที่ 3 นำคำตอบแต่ละข้อจากการวิเคราะห์รอบที่ 2 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กล่าวคือถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบแสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน ซึ่งถ้าผู้วิจัยได้ข้อมูลเพียงพอก็สามารถสรุปผลการวิจัยได้ในรอบนี้ แต่ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง (มีค่ามาก) แสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกัน (ต่างกัน) ก็อาจสร้างแบบสอบถามใหม่เป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยมีข้อความเดียวกันกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ๆ ได้ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ลงไป แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นได้ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ในรอบที่ 4

รอบที่ 4 ทำตามขั้นตอนหรือวิธีการเดียวกันกับรอบที่ 3 ถ้าผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ปรากฏคำตอบที่ได้มีความสอดคล้องกัน คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบก็ยุติกระบวนการวิจัยได้ แต่ถ้าคำตอบทั้งหมดยังมีความแตกต่างกันก็สร้างแบบสอบถามใหม่เป็นแบบสอบถามรอบที่ 4 โดยมีข้อความเดียวกันกับแบบสอบถามรอบที่ 3 ด้วยวิธีการเดิมอีกครั้ง โดยทั่วไปการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ส่วนใหญ่สามารถได้ข้อสรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถามในรอบที่ 3 และหากดำเนินการวิจัยรอบที่ 4 ก็จะได้ข้อสรุปใกล้เคียงกับรอบที่ 3

4.3.6.4. เครื่องมือที่ใช้ในเทคนิคเดลฟาย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญ มีรูปแบบของแบบสอบถาม คือ แบบปลายเปิดและแบบปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า (โดยทั่วไปใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ) เทคนิคเดลฟายที่พัฒนามาแบบดั้งเดิม มีการเก็บข้อมูลรอบแรกโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นกว้าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำข้อมูลความคิดเห็นทั้งหมดจากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการสังเคราะห์เพื่อสร้างแบบสอบถามปลายเปิดชนิดมาตราประมาณค่าในรอบที่ 2 และจัดส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จัดลำดับความสำคัญหรือคาดการณ์แนวโน้มในแต่ละข้อ โดยนำคำตอบของแต่ละข้อที่ได้รับการตอบกลับจากแบบสอบถามทั้งหมดมาคำนวณค่าสถิติประเด็นที่ต้องพิจารณาเลือกค่าสถิติที่ใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) หรือความถี่ ร้อยละ เป็นต้น ในการจัดทำแบบสอบถามใน

รอบที่ 3 และการให้ข้อมูลย้อนกลับในกระบวนการเทคนิคเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับรู้ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยสรุปรวมความคิดเห็นอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อ ข้อมูลย้อนกลับนี้ จะนำเสนอด้วยค่าสถิติ ค่าสถิติที่นำเสนอจะประกอบด้วยข้อมูลสองกลุ่ม กลุ่มแรกประกอบด้วยค่าสถิติ 2 ส่วน คือค่าสถิติที่แสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยสรุปรวมซึ่งอาจแสดงด้วยค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม หรือร้อยละเพื่อแสดงความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ค่าสถิติส่วนที่ 2 คือ ค่าสถิติที่แสดงการกระจายของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อแสดงระดับความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ หรือการแจกแจงความถี่หรือร้อยละในแต่ละกลุ่มคำตอบ กลุ่มที่สอง เป็นตัวเลขที่แสดงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่แล้ว เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความสอดคล้องหรือความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนกับความคิดเห็นของกลุ่ม

4.3.6.5. จำนวนรอบที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย สามารถดำเนินการหลายรอบจนกว่าจะได้คำตอบที่สอดคล้องกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยจำนวนรอบที่เหมาะสมของเทคนิคเดลฟาย ขึ้นอยู่กับการได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติหรือจนกว่าสามารถให้เหตุผลได้ว่าทำไมจึงไม่สามารถได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟายอย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้ 2 รอบ แต่ไม่ควรเกิน 4 รอบ แต่อย่างไรก็ตามผู้รับผิดชอบกระบวนการไม่สามารถคาดคะเนได้ล่วงหน้า จะต้องใช้กระบวนการเก็บข้อมูลจำนวนกี่รอบ เนื่องจากขึ้นอยู่กับระดับฉันทามติของกลุ่มว่าจะสามารถบรรลุผลได้ที่รอบ

โดยสรุปการใช้เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการอภิปรายที่มีการควบคุมประเด็นการอภิปรายโดยผู้อำนวยความสะดวก มีการเปิดเผยความคิดเห็นและใช้วิธีการสร้างฉันทามติที่ปราศจากการแสดงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล แม้ว่าในบางครั้งจะไม่สามารถหาฉันทามติได้จากเทคนิคนี้ แต่ก็มีข้อมูลเหตุผลที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายได้ หลักการของเทคนิคเดลฟายมี 3 ประการ คือ การกำหนดโครงสร้างของเส้นทางการส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เทคนิคนี้เหมาะสมกับการคาดการณ์ในมิติที่ซับซ้อน

4.4. ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ความเที่ยง (Reliable) และความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย แฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีวิจัย โดยความเที่ยงจะอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ แบบสอบถามซ้ำหลาย ๆ รอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลง หรือไม่ ถ้าคำตอบคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่ามีความเที่ยงสูง ส่วนความตรงตามเนื้อหาโดยทั่วไปจะ ใช้วิธีนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้วจึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง แต่จะมีปัญหาอยู่เฉพาะ เรื่องการใช้ภาษาในแบบสอบถาม เพราะสรุปมาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน สิ่ง

สำคัญที่สุดคือ การพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด จึงจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)

5. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ

5.1 ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นเทคนิคสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดกลุ่มของตัวแปรที่นักวิจัยสนใจศึกษา สถิตินี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในทุกวงการวิชาการ ไม่ว่าจะเป็นวงการสังคมศาสตร์ วงการวิทยาศาสตร์ วงการการศึกษา รวมไปถึงวงการวิทยาศาสตร์สุขภาพ สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ การวิเคราะห์องค์ประกอบถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น ด้วยการลดจำนวนของตัวแปรให้เป็นองค์ประกอบหรือลักษณะร่วม นำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตัวชี้วัดทางการแพทย์ และใช้ตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีทางการแพทย์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบไว้หลายท่าน ดังนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง วิธีการทางสถิติวิธีหนึ่งที่ใช้วิเคราะห์ตัวแปร โดยแนวคิดที่สำคัญภายใต้รูปแบบของการวิเคราะห์ คือ มีบางตัวแปรบางตัวที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นตัวแปรแฝงหรือองค์ประกอบ ตัวแปรที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงนั้นสามารถอ้างอิงได้ทางอ้อมจากข้อมูลของตัวแปรที่สังเกตได้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นกระบวนการทางสถิติสำหรับเปิดเผย (Uncovering) ตัวแปรแฝงที่มีอยู่ โดยศึกษาผ่านความแปรปรวนระหว่างชุดตัวแปรที่สังเกตได้ (Jöreskog, Sörbom, & Magidson, 1979)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิคทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้นักวิจัยได้ใช้แสวงหาความรู้ความจริงดังกล่าว เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎีหรือนักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis หรือ CFA) ในการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง วิธีการทางสถิติที่ช่วยให้นักวิจัยสร้างองค์ประกอบจากตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปร โดยรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์อาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อย องค์ประกอบหนึ่ง ๆ

จะแทนตัวแปรแฝงอันเป็นคุณลักษณะที่นักวิจัยต้องการศึกษา (สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญญานูวัฒน์, 2551)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิคการวิเคราะห์หลายตัวแปรเทคนิคหนึ่งเพื่อการสรุปรายละเอียดของตัวแปรหลายตัว หรือเรียกว่าเป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดจำนวนตัวแปรเทคนิคหนึ่งโดยการศึกษาถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรและสร้างตัวแปรใหม่เรียกว่า องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะเป็นการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความร่วมกันสูงมารวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบมีความร่วมกันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ในการลดจำนวนตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในเรื่องที่สนใจซึ่งมีตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้เหลือจำนวนตัวแปรน้อยลง โดยวิธีการรวมกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มหรือปัจจัยหรือองค์ประกอบเดียวกัน โดยตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะต้องมีความสัมพันธ์กันมากและความสัมพันธ์นั้นอาจจะอยู่ในทิศทางเดียวกัน (ทิศทางบวก) หรือทิศทางตรงกันข้าม (ทิศทางเป็นลบ) ก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก โดยองค์ประกอบหนึ่ง ๆ เป็นตัวแปรแฝง (Variable) อันเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา (ธีระดา ภิญญ, 2555)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง การวิเคราะห์ทางสถิติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณข้อมูลหรือลดจำนวนตัวแปรในการวิจัย โดยอาศัยการรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) ที่อยู่เบื้องหลังตัวแปรเหล่านั้น ซึ่งส่งผลให้นักวิจัยเข้าใจโครงสร้างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ดี และนอกจากนี้คุณสมบัติเด่นอีกประการหนึ่งของปัจจัยที่วิเคราะห์ได้คือลดความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ทำการศึกษาต่อไป (ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ, 2556)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติของการวิจัยที่มุ่งลดจำนวนตัวแปรที่มีอยู่จำนวนมาก ด้วยการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีคุณสมบัติในการอธิบายลักษณะของข้อมูลเหมือน ๆ กันหรือมีความสัมพันธ์กันเข้ากลุ่มเดียวกัน ส่วนตัวแปรบางตัวที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ตัวแปรในลักษณะนี้อาจจะต้องตัดทิ้งไป เรียกตัวแปรที่ถูกจัดเข้ากลุ่มเดียวกันว่า องค์ประกอบหรือปัจจัย (Factor) ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรจะเป็นบวกหรือลบก็ได้ โดยปัจจัยที่วิเคราะห์ได้เหล่านี้สามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป (ยุทธ ไกยวรรณ, 2557)

กล่าวโดยสรุป การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง วิธีการเชิงสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อลดจำนวนของตัวแปรที่มีความหลากหลายและซ้ำซ้อนกันให้เหลือจำนวนตัวแปรที่น้อย โดยตัวแปรภายในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันสูง ส่วนตัวแปรที่ต่าง

องค์ประกอบจะสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้ตัวแปรในแต่ละกลุ่มไม่เหลื่อมล้ำกันและแตกต่างกันอย่างชัดเจน สามารถนำมาใช้ได้ทั้งการพัฒนาทฤษฎีใหม่หรือการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎีเดิม

5.2 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอยู่ 4 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ สรรวหารูปแบบการรวบรวมกลุ่มตัวแปรภายใต้ความสัมพันธ์ของตัวแปรซึ่งมีจำนวนมาก 2) เพื่อลดจำนวนตัวแปรโดยการสร้างปัจจัยขึ้นเป็นตัวแทนของตัวแปรหลาย ๆ ตัว เพื่อให้ได้องค์ประกอบที่ทำให้เข้าใจลักษณะของข้อมูลง่ายต่อการแปลความหมาย ทราบแบบแผนและโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล 3) เพื่อทดสอบ/ตรวจสอบหรือยืนยันความถูกต้องเกี่ยวกับโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีหรือไม่ และ 4) เป็นเครื่องมือในการสร้างตัวแปรใหม่ (ธีระดา ภิญโญ, 2555; ยุทธ ไกยวรรณ, 2557)

5.3 รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ซึ่งเป็นรูปแบบเพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบว่าแต่ละตัวประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวควรมีน้ำหนักความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด ตรงกับโมเดลหรือทฤษฎีที่ใช้พิสูจน์หรือไม่ (ธีระดา ภิญโญ, 2555; ยุทธ ไกยวรรณ, 2557) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อตอบคำถามการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดเฉพาะการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เป็นรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสำรวจ ระบุ ค้นหา และสร้างองค์ประกอบร่วมหรือปัจจัยร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรทั้งหมด โดยที่องค์ประกอบร่วมที่ค้นหาได้มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนแปร การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะใช้ในกรณีที่ผู้ศึกษาไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อยมากเกี่ยวกับโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อศึกษาโครงสร้างของตัวแปรและลดจำนวนตัวแปรที่มีอยู่เดิมให้มีการรวมกันได้ แบ่งรูปแบบการวิเคราะห์ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

5.3.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis: PCA) เป็นการนำตัวแปรที่เหมือนกันมาผสมกันเป็นสมการเส้นตรง เพื่อจัดกลุ่มของตัวแปรอิสระตามน้ำหนักของผลกระทบและความสำคัญที่มีผลต่อตัวแปรตาม วิธีนี้จะมีจำนวนตัวประกอบมากกว่า 1 แกน แกนแรกที่ได้อธิบายความแปรปรวนร่วมของตัวประกอบแรกสูงสุด เรียกว่าแกนหลัก และแกนต่อมา

อธิบายความแปรปรวนของตัวประกอบได้ลดลงตามลำดับ มีจุดเด่น คือ ได้ตัวประกอบที่สร้างง่าย มีข้อตกลงน้อย ไม่ต้องมีทฤษฎีสนับสนุนและตัวประกอบมีค่าคงที่แม้ว่ากำหนดจำนวนตัวประกอบต่างกัน จุดด้อย คือ สเกลของตัวประกอบขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สังเกตได้ การแปลความหมายยากกว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553; ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554)

5.3.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (Common Factor Analysis: CFA) เป็นการลดตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกันให้เหลือน้อยลง โดยการคำนวณหาองค์ประกอบทีละตัว นำค่านำหนักองค์ประกอบมาคูณภายในได้เมตริกซ์สหสัมพันธ์ นำไปลบออกจากเมตริกซ์เดิม สกัดตัวประกอบที่ 2 จากเมตริกซ์ที่เหลือไปเรื่อย ๆ จนค่าใกล้เคียง 0 ได้องค์ประกอบที่มีสเกลเป็นอิสระไม่ขึ้นกับตัวแปรที่สังเกตได้แปลความหมายขององค์ประกอบด้วยการอิงกับทฤษฎีสนับสนุน มีจุดด้อย คือ องค์ประกอบไม่คงที่ค่าเปลี่ยนแปลงเมื่อกำหนดองค์ประกอบต่างกัน การสกัดองค์ประกอบและการหมุนแกนที่ต่างกันมีผลให้ค่าองค์ประกอบที่ประมาณค่าได้แตกต่างกัน (ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554; วันเพ็ญ วิโรจน์ เจริญวงศ์ มณฑิรา รัตนศิริวงศ์วุฒิ และมนต์ชัย เทียนทอง, 2556)

5.4 ประโยชน์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Henson & Roberts, 2006; ยุทธ ไกยวรรณ, 2557) ดังนี้

5.4.1 ช่วยจัดระเบียบตัวแปรที่น่าสนใจด้วยการรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ส่งผลให้จำนวนตัวแปรลดลง องค์ประกอบที่ได้ถือเป็นตัวแปรใหม่ที่สามารถหาค่าข้อมูลขององค์ประกอบที่สร้างขึ้นได้ เรียกว่า Factor Score จึงสามารถนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป เช่น การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ (Regression and Correlation Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) การทดสอบสมมติฐาน T – test, Z – test และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เป็นต้น

5.4.2 ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยและใช้ในการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากการที่ตัวแปรอิสระของเทคนิคการวิเคราะห์สมการความถดถอยมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ซึ่งวิธีการอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหานี้ คือ การรวมตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ไว้ด้วยกัน โดยการสร้างเป็นตัวแปรใหม่หรือเรียกว่า องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิค Factor Analysis แล้วนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ความถดถอยต่อไป

5.4.3 ช่วยอธิบายให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา เนื่องจากเทคนิค Factor Analysis จะหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรทีละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน จึงสามารถวิเคราะห์โครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัว

แปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ทำให้สามารถอธิบายความหมายของแต่ละองค์ประกอบได้ตามความหมายของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบนั้นได้

5.4.4 ช่วยอธิบายความหมายของแต่ละองค์ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในงานด้านต่าง ๆ ได้ เช่น งานด้านการวางแผน งานด้านการบริหารจัดการ เป็นต้น

5.4.5 ช่วยตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีที่ผู้อื่นค้นพบ หรือทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับตัวแปรที่ประกอบในโครงสร้างว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสำคัญมากน้อย เรียกวิธีการแบบนี้ว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

5.5 ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับการวิจัย

ในการทำวิจัยเมื่อต้องการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อควรระวังในการใช้และเข้าใจในข้อตกลงเบื้องต้น (J. P. Stevens, 2009; Tabachnick & Fidell, 2013; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ดังนี้

5.5.1 ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

5.5.2 ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30 - 0.70$) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (linear) เท่านั้น

5.5.3 จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีจำนวนมากกว่า 30 ตัวแปร

5.5.4 กลุ่มตัวอย่าง ควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร ซึ่งมักมีคำถามว่า ควรมากกว่ากี่เท่า มีบางแนวคิดที่เสนอแนะให้ใช้จำนวนข้อมูลมากกว่าจำนวนตัวแปรอย่างน้อย 5 - 10 เท่า หรืออย่างน้อยที่สุดสัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 รายต่อ 1 ตัวแปร

5.5.5 กรณีที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ตัวแปรแต่ละตัวหรือข้อมูล ไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ถ้าตัวแปรบางตัวมีการแจกแจงเบ้ค่อนข้างมาก มีค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดผิดปกติ (Outlier) ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่ถูกต้อง

5.5.6 ข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องมีการวัดประเภทช่วงและอัตราส่วน ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่มผู้วิจัยต้องปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) เสียก่อน

5.6 แนวคิดการกำหนดกลุ่มตัวอย่างการใช้สถิติวิเคราะห์หองค์ประกอบสำหรับการวิจัย

การใช้สถิติการวิเคราะห์หองค์ประกอบต้องใช้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จำนวนมากพอควร หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999; อีระดา ภิญโญ, 2555; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Comrey & Lee (2013) และ Polit, Polit, & Lake (2010) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์หองค์ประกอบ

แนวคิดการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	ขนาดตัวอย่าง (n) และเหตุผล
1. คอมมเลย์และลี (Comrey & Lee, 1992)	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ จำนวน 50 ราย ถือว่า แย่มาก (very poor) จำนวน 100 ราย ถือว่า ไม่ดี (poor) จำนวน 200 ราย ถือว่า พอใช้ได้ (fair) จำนวน 300 ราย ถือว่า ดี (as a good) จำนวน 500 ราย ถือว่า ดีมาก (as excellent)
2. Dawson & Trapp (2001)	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง คือ 10 เท่าของข้อคำถาม
3. Polit (2010)	At less 300 At less 500/50 items หรือ 10 case per variable

5.7 ขั้นตอนของการวิเคราะห์หองค์ประกอบ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาการวิจัย ทบทวนองค์ประกอบตัวแปรจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูล และเลือกวิธีวิเคราะห์หองค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Nancy Burns & Grove, 2005) การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกำหนดจำนวนองค์ประกอบนำมาอธิบายความแปรปรวนระหว่างตัวแปรที่มีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์หว่าเป็นไปตามข้อตกลงหรือไม่และสร้างเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ของตัวแปรทุกคู่ โดย 1) การตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coefficient) โดยการสร้างเมตริกซ์แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่ ซึ่งถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าเข้าใกล้ +1 หรือ -1 แสดงว่าตัว

แปรคู่กันมีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์แสดงว่าตัวแปรคู่กันไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อยควรอยู่คนละองค์ประกอบ และถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือน้อยมากควรตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์ 2) ใช้สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยที่เมื่อ r คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งทำให้ค่า $0 \leq KMO \leq 1$ ถ้าค่า KMO มีค่าน้อย (เข้าสู่ศูนย์) แสดงว่าเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบไม่เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่ แต่ถ้าค่า KMO มีค่ามาก (เข้าสู่หนึ่ง) แสดงว่าเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งโดยปกติทั่วไปถ้าค่า $KMO < .5$ จะถือว่า ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ 3) สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's Test of Sphericity) เป็นการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square) ความเป็นเอกภาพหรือดีเทอร์มิแนนต์ (Determinant) ของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ถ้าผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติไม่เป็นเมตริกซ์เอกภาพ ถือว่าตัวแปรเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Williams, Brown, & Onsman, 2010)

ขั้นตอนที่ 3 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ในองค์ประกอบ วิธีการสกัดองค์ประกอบมีหลายวิธี (ธีระดา ภิญโญ, 2555; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553; ยุทธ ไกยวรรณ, 2557) ได้แก่ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) เป็นวิธีที่นิยมใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะนำรายละเอียดของตัวแปรที่มีจำนวนตัวแปรมาก ๆ มาไว้ในองค์ประกอบที่มีเพียงไม่กี่ตัว ทำให้ลดตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายความหมายได้มากที่สุด และค้นหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สังเกตได้ โดยจะพิจารณาจากรายละเอียดทั้งหมดจากแต่ละตัวแปร ด้วยการสร้างการเชื่อมรวมกันเชิงเส้น (Linear combination) ของตัวแปร 2) วิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (Common Factor Analysis: CFA) เป็นการสกัดปัจจัยโดยใช้ปัจจัยร่วม เป็นวิธีที่ใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์กันเป็นฐานโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุกำลังสอง (Squared Multiple Correlation Coefficient) ของตัวแปรนั้นกับตัวแปรทุกตัวมาใช้ประมาณค่าร่วมกันและทำการสกัดปัจจัย แบ่งออกเป็น 5 วิธี ได้แก่ การวิเคราะห์วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ปรับน้ำหนัก (Unweighted Least Square Analysis) การวิเคราะห์กำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป (Generalized Least Square Analysis) การวิเคราะห์ความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood) การวิเคราะห์องค์ประกอบแอลฟา (Alpha Factoring) การวิเคราะห์ภาพ/ภาพลักษณ์ (Image Factor Analysis) ซึ่งผลจากการสกัด

องค์ประกอบจะได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรกับแต่ละตัวประกอบที่ได้จากการสกัดองค์ประกอบ (Hair, Black, & Babin, 2010; Osborne, 2014)

ขั้นตอนที่ 4 การหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) กรณีที่ตัวแปรค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มีค่ากลาง ๆ หรือมีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ ทำให้ไม่สามารถจัดตัวแปรว่าควรอยู่ในองค์ประกอบใดได้นั้น จะต้องทำการหมุนแกนขององค์ประกอบเพื่อให้ค่า Factor Loading ของตัวแปรมีค่ามากขึ้นหรือลดลงจนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ในองค์ประกอบใดหรือไม่ควรอยู่ในองค์ประกอบใด วิธีการหมุนแกนองค์ประกอบ มี 2 วิธี (Blokdyk, 2019; Finch, 2019) คือ

1) การหมุนแกนแบบตั้งฉาก (Orthogonal Rotation) เป็นการหมุนแกนไปแล้วยังคงทำให้องค์ประกอบตั้งฉากกันหรือเป็นอิสระกัน แต่ทำให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เพิ่มขึ้นหรือลดลง มีวิธีหมุน คือ วิธีหมุนแกนแบบควอดิแมกซ์ (Quartimax) เป็นหมุนแกนโดยเน้นการเปลี่ยนแถวให้ง่ายขึ้นเป็นการหาค่าผลรวมของกำลังสี่ของน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละแถวให้มีค่าสูงสุด ผลจากวิธีนี้จะได้องค์ประกอบที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าสูงบางตัวแปรและมีน้ำหนักองค์ประกอบปานกลางและต่ำบางตัวแปรที่เหลือเป็นผลให้ได้องค์ประกอบทั่วไป วิธีหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ (Varimax) เป็นการหมุนแกนโดยเน้นการเปลี่ยนสดมภ์ (Column) ให้ง่ายขึ้นวิธีนี้เป็น การหมุนแกนโดยให้กำลังสองของน้ำหนักองค์ประกอบแต่ละสดมภ์ในเมตริกซ์ขององค์ประกอบมีค่าสูงสุด วิธีนี้ได้้องค์ประกอบที่มีโครงสร้างง่ายและได้องค์ประกอบเฉพาะ (Specific Factor) ซึ่งทำให้การแปลความหมายขององค์ประกอบสะดวกขึ้น Kim and Mueller (1978) กล่าวว่า สูตรการคำนวณในการหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ซับซ้อนและยากกว่าวิธีแบบควอดิแมกซ์ แต่แบบแวร์ริแมกซ์ให้องค์ประกอบมีโครงสร้างง่ายมากกว่า และแบบแผนขององค์ประกอบมีแนวโน้มที่จะคงที่มากกว่าแบบควอดิแมกซ์ เมื่อมีการวิเคราะห์องค์ประกอบในกลุ่มตัวอย่างย่อยหลาย ๆ กลุ่ม และวิธีการหมุนแกนแบบอีควอแมกซ์ (Equimax) เป็นวิธีการผสมผสานของการหมุนแบบควอดิแมกซ์กับแวร์ริแมกซ์ ซึ่งทำให้ความแปรปรวนทั้งแถวและสดมภ์มีค่าสูงสุด และได้้องค์ประกอบที่เข้าใจง่าย

2) การหมุนแกนแบบเฉียง (Oblique Rotation) เป็นการหมุนแกนไปในลักษณะที่องค์ประกอบไม่ตั้งฉากกัน หรือองค์ประกอบเหล่านั้นไม่เป็นอิสระกัน แต่ทำให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เพิ่มขึ้นหรือลดลง ประกอบด้วยวิธีการหมุนแบบควอติมิน (Quartimin rotation) ที่ใช้หลักการเดียวกับวิธีการหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ แต่ยอมให้องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน ผลที่ได้จากการหมุนแกนวิธีนี้ได้้องค์ประกอบที่เป็นองค์ประกอบทั่วไปและค่อนข้างทำมุมแหลมต่อกันมากกว่าแบบอื่น ($r = 0$ most oblique) วิธีการหมุนแกนแบบคอวาริมิน (Covarimin rotation) ใช้วิธีหมุนแกนใช้หลักการเดียวกับวิธีการหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ แต่ยอมให้องค์ประกอบมี

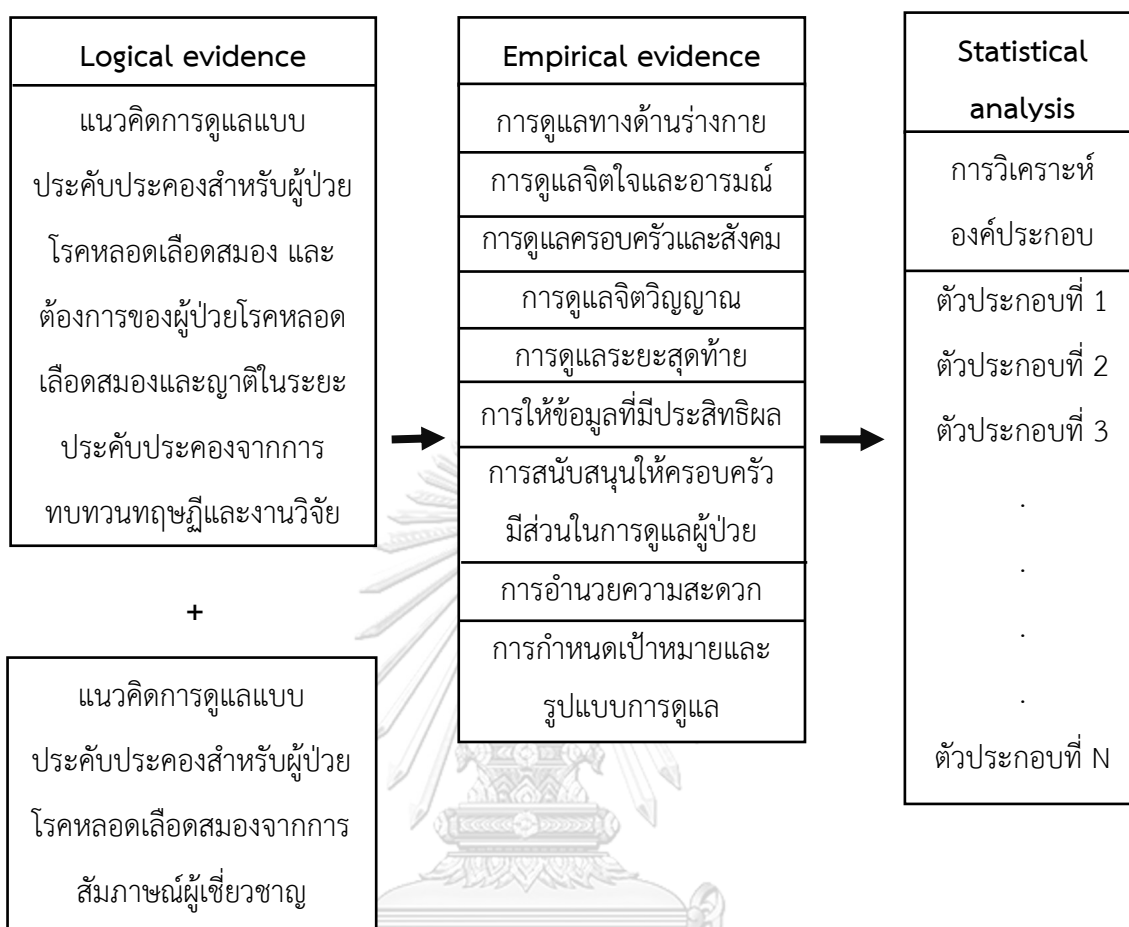
ความสัมพันธ์กัน ผลที่ได้จากการหมุนแกนวิธีนี้ได้องค์ประกอบที่เป็นองค์ประกอบทั่วไปและค่อนข้างทำมุมแหลมต่อกันมากกว่าแบบอื่น ($r = 1$ least oblique) และวิธีการหมุนแกนแบบออบลิมิน (Oblimin rotation) เป็นวิธีการหมุนเพื่อแก้ข้อบกพร่องของวิธีแบบควอร์ติมินและควาริมิน หลักการหมุนแกนคือการทำให้ค่าความแปรปรวนรวมของกำลังสองของสัมประสิทธิ์ที่เป็นภาพฉายน้ำหนักองค์ประกอบบนแกนอ้างอิงมีค่าน้อยที่สุดในที่นี้แกนอ้างอิง ซึ่งแทนองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบทำมุมแหลมต่อกัน และแกนอ้างอิงแต่ละแกนทำมุมแหลมกับระนาบ (Plane) ที่เกิดจากแกนอ้างอิงองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เหลือทุกระนาบ (McDonald, 1985)

ขั้นตอนที่ 5 เลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factors Score) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรว่าควรอยู่ในองค์ประกอบใด พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนแล้ว เกณฑ์ในการกำหนดองค์ประกอบ คือ พิจารณาจำนวนองค์ประกอบจะพิจารณาจากองค์ประกอบที่มีค่า Eigen value มากกว่าหรือเท่ากับ 1 มีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป แต่ละตัวแปรต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.40 และถ้าตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่มากกว่า 1 องค์ประกอบ ให้พิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละปัจจัยซึ่งต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.2 (Polit et al., 2010; ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554)

ขั้นตอนที่ 6 ตั้งชื่อองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ โดยพิจารณาถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ ชื่อขององค์ประกอบควรจะสั้น เข้าใจง่าย อาจตั้งชื่อเพียง 1 - 2 พยางค์ที่มีความหมายสอดคล้องกับโครงสร้างขององค์ประกอบนั้น

ผู้วิจัยประมวลแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพประกอบ (ภาพที่ 3)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้วิธีวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเสนอขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแนวคิดทฤษฎี ประมวลสรุปเป็นแนวคิดองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ขั้นที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดตัวประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผลการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ขั้นที่ 4 การสร้างเครื่องมือวิจัย

ขั้นที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ขั้นที่ 6 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแนวคิดทฤษฎี ประมวลสรุปเป็นแนวคิด
องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผู้วิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554), Turner-Stokes et al. (2007),
Dy et al. (2012), Creutzfeldt et al. (2012, 2015), Holloway et al. (2014), Kendall et al.
(2018), Addington-Hall et al. (1995), Chahine et al. (2008), Burton et al. (2010),
Mazzocato et al. (2010), Payne et al. (2010), Wee et al. (2010) และ Molitor et al.
(2018) วิเคราะห์สรุปการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิด
เบื้องต้น (Preconceived idea) ดังนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคตามจริง
2. การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย
3. การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมการเผชิญความตายอย่างสงบ
4. การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติในระยะต่อเนื่อง
5. การให้ข้อมูล/คำอธิบายในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์กับผู้ป่วย
6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวกับสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วย
7. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ
8. การให้ข้อมูลและสิทธิการตัดสินใจในการให้สารน้ำหรือสารอาหาร
9. การให้ข้อมูลและสิทธิการตัดสินใจในการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
10. การให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง
12. การดูแลทางด้านความสุขสบาย
13. การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
14. การดูแลและช่วยเหลือญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
15. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
16. การดูแลอาการปวด
17. การดูแลภาวะซึมเศร้า
18. การดูแลความวิตกกังวล
19. การดูแลอาการข้อติด
20. การดูแลอาการเกร็ง

21. การดูแลปัญหาการกลืนลำบาก
22. การดูแลปัญหาการพูดหรือการออกเสียง
23. การดูแลปัญหาการสื่อสาร
24. การดูแลอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน
25. การดูแลปัญหาความท้อแท้และสิ้นหวัง
26. การดูแลอาการกระวนกระวาย
27. การดูแลอาการหายใจหอบ
28. การดูแลปัญหาความเศร้าโศก
29. การดูแลปัญหาภาวะสูญเสียคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
30. การดูแลแบบเป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
31. มีรูปแบบการดูแลที่มีความจำเพาะเจาะจงแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน
32. การดูแลและจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้
33. การดูแลที่เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและญาติ
34. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย
35. มีการกำหนดเป้าหมายของการดูแลที่ชัดเจน
36. การวางแผนและการกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม
37. การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
38. การประเมินสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว การเดิน และการทรงตัว
39. การประเมินสภาวะทางด้านร่างกาย
40. การประเมินสภาวะทางด้านร่างกาย
41. การประเมินสภาวะทางด้านสังคม
42. การประเมินสภาวะทางด้านจิตวิญญาณ
43. การให้คำปรึกษาและค้นหาสิ่งที่ค้างคาในใจ
44. การให้คำปรึกษาและแนะนำการเผชิญกับความเศร้าโศกเสียใจ
45. การใช้กระบวนการสื่อสารที่เป็นกว้าง เป็นกันเอง และมีประสิทธิภาพ
46. การตอบสนองความต้องการทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยม
47. การตอบสนองและให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการตามความเหมาะสม
48. การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย
49. การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ
50. การตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม

51. การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
52. การจัดการกับอาการปวด
53. การจัดการกับภาวะซึมเศร้า
54. การจัดการกับความวิตกกังวล
55. การจัดการกับอาการข้อติด
56. การจัดการกับอาการเกร็ง
57. การจัดการกับปัญหาการกลืนลำบาก
58. การจัดการกับปัญหาการพูดหรือการออกเสียง
59. การจัดการกับปัญหาการสื่อสาร
60. การจัดการกับอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน
61. การจัดการกับปัญหาความท้อแท้และสิ้นหวัง
62. การจัดการกับอาการกระวนกระวาย
63. การจัดการกับอาการหายใจหอบ
64. การจัดการกับปัญหาความเศร้าโศก
65. การจัดการกับปัญหาภาวะสูญเสียคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
66. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
67. การส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
68. การอำนวยความสะดวกและแก้ไขปัญหาคัดแย้งต่าง ๆ
69. การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากท้องถิ่น
70. การติดต่อประสานงานและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
71. การสร้างความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง
72. การยุติการให้บริการเมื่อผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรับบริการ
73. การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
74. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
75. การสร้างความหวังและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaire) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหาของภาษาและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ จำนวน 5 คน 2) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 7 คน และ 3) อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ (Macmillan, 1971) พบว่า จำนวนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คน ขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่ และความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02 เริ่มที่จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17-21 คนขึ้นไป

การคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

1.1 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

1.1.1 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ ได้รับวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาศัลยกรรมหรือประสาทศัลยศาสตร์จากสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรอง มีประสบการณ์ในการดูแลหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.1.2 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีประสบการณ์ในการดูแล การสอน หรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล

1.2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประสบการณ์ในการดูแลหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีประสบการณ์ในการดูแลหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล

1.3.1 อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไป มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3.2 อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไป มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 5 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือไม่พร้อมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการโดยการติดต่อทางโทรศัพท์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อขอความอนุเคราะห์และเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีรายชื่อในการเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังผู้เชี่ยวชาญตอบรับคำเชิญผู้วิจัยดำเนินการนำส่งหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นทางการจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับบัญชาผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 คน เพื่อขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลการวิจัย

3. โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 220/2562 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อนัดหมายการส่งเอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ข้อมูลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 1 ลักษณะเป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษา พิจารณาเนื้อหา

และข้อความก่อนการนัดสัมภาษณ์ ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความสะดวก และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนกำหนดนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

4. การเตรียมตัวก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจดย่อ เอกสารยินยอมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย (Consent from) และโทรศัพท์นัดหมายผู้เชี่ยวชาญล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย รอบที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็น 2 แบบ คือ

5.1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ จำนวน 5 คน เมื่อถึงวันและเวลานัดสัมภาษณ์ ผู้วิจัยโทรศัพท์หาผู้เชี่ยวชาญเพื่อขออนุญาตเริ่มการสัมภาษณ์ โดยการแนะนำตัว แจ้งถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย เหตุประโยชน์ของการวิจัย วิธีการวิจัยที่ต้องมีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 และขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ท่านคิดว่า “องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” ประกอบด้วยอะไรบ้าง และ 2) สามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 ได้จำนวนกี่กลุ่ม เป็นกลุ่มอะไรบ้าง และแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดอย่างไร สรุปความหมายตามประเด็น สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจนครอบคลุมประเด็นทั้งหมด และมีการนำสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาประกอบการซักถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุดโดยไม่มีการถามนำ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมตามความต้องการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 30-35 นาที ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

5.2 ผู้เชี่ยวชาญแสดงความจำนงขอตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 คน โดยให้เหตุผลว่าการตอบแบบสอบถามสามารถให้เหตุผลได้ชัดเจน มีเวลารวบรวมความคิด สะดวกรวดเร็ว และประหยัดเวลาในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 3 คน และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 10 คน กำหนดวันขอรับแบบสอบถามคืนไม่เกิน 14 วันหลังผู้เชี่ยวชาญได้รับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเดินทางไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองจำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญการตอบกลับทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 10 คน ในการนี้ผู้วิจัยขออนุญาตติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

สรุปการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย รอบที่ 1 ทั้งการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ครบทั้ง 18 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 30 วัน

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยทำการถอดเทปภายหลังจากการสัมภาษณ์และนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 18 คน มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้นจากการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา จนได้เนื้อหาที่ครอบคลุม วิเคราะห์สรุปการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived idea) และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ได้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 องค์ประกอบ จำนวน 110 องค์ประกอบย่อย เพื่อนำไปใช้ในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วย

5.3.1. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล จำนวน 15 รายการ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติก่อนการให้ข้อมูล 2) การสอบถามประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนการให้ข้อมูล 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลาการเยี่ยม, กฎระเบียบของหอผู้ป่วย 4) การชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย 5) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและญาติตามจริง 6) การให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อญาติและครอบครัวทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง 7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยรูปแบบวิธีการรักษาที่หลากหลาย 8) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอและตามความต้องการ 9) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติ 10) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งลง ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา 11) การให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมและการเผชิญกับความตายกับผู้ป่วยและญาติ 12) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องที่เป็นประโยชน์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการดูแลรักษา 13) การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า การดูแลแบบประคับประคองมีรูปแบบวิธีการดูแลรักษาที่แตกต่างกันและมีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล 14) การสอบถามความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 15) การสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติหลังการให้ข้อมูล

5.3.2. องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย จำนวน 30 รายการ ประกอบด้วย

- 1) การประเมินปัญหาหรือความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลรักษา
- 2) การประเมินอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม
- 3) การบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) อาการปวดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น
- 5) การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง
- 6) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่
- 7) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
- 8) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว
- 9) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดท้อง
- 10) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาข้อผิดพลาดหรือข้อติดขัด
- 11) การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลและป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดหรือข้อติดขัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 12) การสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเอง
- 13) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะชักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 14) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชักหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 15) การประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 16) การวางแผนเรื่องสารน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 17) การประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 18) การวางแผนและการแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 19) การใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาหายใจลำบาก
- 20) การประเมินการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 21) การสอนวิธีการฝึกถ่ายปัสสาวะและการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 22) การประเมินสมรรถนะทางด้านร่างกาย เช่น การทรงตัว การเดิน การเคลื่อนไหว หรืออาการอ่อนแรง
- 23) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาปากแห้ง
- 24) การประเมินและให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้า
- 25) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
- 26) การดูแลและแนะนำป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 27) การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก
- 28) การประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 29) การวางแผนแก้ไขปัญหาคความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ
- 30) การแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

5.3.3. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ จำนวน 13 รายการ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ 3) การสร้างความมั่นใจว่าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ 5) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ 6) การให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความความใส่ใจ 7) การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย 8) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกค้างคาใจ 9) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกกับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนอื่น ๆ 10) การดูแลและจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล 11) การดูแลและจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอารมณ์แปรปรวน 12) การดูแลและจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 13) การดูแลและจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.3.4. องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม จำนวน 12 รายการ ประกอบด้วย 1) การประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติทุกราย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การประเมินความรู้และทักษะในการดูแลเป็นระยะด้วยการจัด Family Meeting 3) การให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4) การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม 5) การให้การดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวในการปรับตัวกับความทุกข์ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก 6) การให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาในระยะการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเอง 7) การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชนตามความเหมาะสม 8) การพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9) การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ 10) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับบ้าน 11) การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ติดตามการดูแลต่อเนื่อง และ 12) การติดตามหรือส่งต่อข้อมูลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5.3.5. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว 2) การสนับสนุนให้ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว 3) การสนับสนุนกิจกรรมที่ทำให้

ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย 4) การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย และญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา 5) การเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของ ครอบครัว 6) การยอมรับการทำการกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ 7) การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล

5.3.6. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย จำนวน 10 รายการ ประกอบด้วย

1) การประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคกับทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีอาการ แย่ลง 2) การประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแบบ ประคับประคอง การเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบก่อนการให้ข้อมูล 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตาย อย่างสงบ ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีหรืออาการที่แย่มาก 4) การอำนวยความสะดวกด้วยการ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ใน กรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 5) การให้ความสำคัญและเคารพใน สิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยและญาติ 6) การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่าง นุ่มนวล สุภาพให้เกียรติในทุกกิจกรรม 7) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะ สุดท้ายของชีวิต 8) การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการ ในระยะเวลาที่เหมาะสม 9) เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวได้ดูแลหรือทำการกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วย มากที่สุดในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต และ 10) การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตและ ดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต

5.3.7. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 รายการ ประกอบด้วย

1) การประเมินการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากญาติและครอบครัว 2) การนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากญาติและ ครอบครัวมาวางแผนการดูแล 3) การดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การสนับสนุนให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและตั้งเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ 5) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน 6) การส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสุขสบาย การตอบสนองต่อการ รักษาของผู้ป่วย 7) การบันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหาพร้อม การแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 8) การนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติใน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

5.3.8. องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก จำนวน 5 รายการ ประกอบด้วย

1) การประเมินความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2) การประเมินภาวะสุขภาพของญาติและครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การแนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสุขสบายของผู้ป่วยและญาติ 4) การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ 5) การให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

9. องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล จำนวน 10 รายการ

ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา 2) การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความต้องการ และระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ 3) การทบทวนและพัฒนานองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน ผ่านรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย 5) การกำหนดเป้าหมายการดูแลและเลือกวิธีการรักษา ล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยหายใจ การนวดหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ 6) การเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษา 7) การเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม 8) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ 9) การทบทวนเป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษาเป็นระยะ และ 10) การบันทึกเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแล เพื่อเป็นการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย รอบที่ 2

6.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาพัฒนาจัดทำเป็นแบบสอบถามเรื่ององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมอีกครั้งก่อนการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ได้้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 องค์ประกอบ จำนวน 110 รายการ ในลักษณะข้อคำถามมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่าองค์ประกอบ

ในแต่ละข้อมีความสำคัญระดับใด ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญแต่ละขององค์ประกอบในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

6.2 ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 18 คน โดยการทำหนังสือแจ้งอย่างไม่เป็นทางการพร้อมกับแบบสอบถามในรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามในแต่ละข้อตามความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการจัดส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 5 คน และจัดส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 13 คน และผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่สะดวกรับแบบสอบถามทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมซองจดหมาย ผนึกตราไปรษณียากร ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้วิจัยไปพร้อมกับแบบสอบถามที่จัดส่งให้ เพื่อความสะดวกและรับจากผู้เชี่ยวชาญน้อยที่สุดในการส่งแบบสอบถามตอบกลับ ในการนี้ผู้วิจัยขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินกำหนดเวลาที่นัดไว้ โดยการเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 15 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้ง 18 ฉบับ

6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ดังนี้

6.3.1 ค่ามัธยฐาน (Median) คำนวณจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550)

$$Md = Lo + (i) \left[\frac{N/2 - f1}{f2} \right]$$

Md	=	ค่ามัธยฐาน
Lo	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
f1	=	ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบนของคะแนนในชั้นก่อนที่มีมัธยฐาน
f2	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้น

การแปลความหมายของค่ามัธยฐาน

ค่ามัธยฐาน 4.50 - 5.00 หมายถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์ประกอบย่อยนั้น ๆ มีความสำคัญระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 - 4.49 หมายถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์ประกอบย่อยนั้น ๆ มีความสำคัญระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 - 3.49 หมายถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์ประกอบย่อยนั้น ๆ มีความสำคัญระดับความสำคัญปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 - 2.49 หมายถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์ประกอบย่อยนั้น ๆ มีความสำคัญระดับความสำคัญน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 - 1.49 หมายถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์ประกอบย่อยนั้น ๆ มีความสำคัญระดับความสำคัญน้อยที่สุด

6.3.2 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) คำนวณจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550)

$$IR = Q3 - Q1$$

โดยการคำนวณหา Q3 และ Q1 จากสูตร

$$Q1 = L_{Q1} + \left[\frac{N/4 - CF}{f_{Q1}} \right] (i)$$

- $Q1$ = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1
 L_{Q1} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ $Q1$ อยู่
 N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด
 CF = ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1
 f_{Q1} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 1
 i = ความกว้างของอันตรภาคชั้นของควอไทล์ที่ 1

$$Q3 = L_{Q3} + \left[\frac{3N/4 - CF}{f_{Q3}} \right] (i)$$

- $Q3$ = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3
 L_{Q3} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นควอไทล์ที่ 3 อยู่
 N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด
 CF = ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3
 f_{Q3} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 3
 i = ความกว้างของอันตรภาคชั้นของควอไทล์ที่ 3

การแปลค่าความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (ชนิษฐา วิทยานุมาศ, 2530)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ≤ 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อนั้น ๆ มีความสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) > 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อนั้น ๆ ไม่ความสอดคล้องกัน

6.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 พบว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 108 รายการ โดยผู้วิจัยพิจารณาองค์ประกอบย่อยที่มีค่ามัธยฐาน (Median) มากกว่า 3.50 ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามี ความสำคัญในระดับมากขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ที่มีค่าน้อยกว่า 1.50 ที่แสดงถึงความเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ โดยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของคำถามแต่ละข้อ และปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

6.4.1. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.55-4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.28 - 1.75 ทำให้มีองค์ประกอบที่ถูกตัดออก 3 รายการ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลาการเยี่ยม, กฎระเบียบของหอผู้ป่วย, การชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องที่เป็นประโยชน์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.50 และผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า กิจกรรมการให้ข้อมูลในส่วนดังกล่าวขึ้นอยู่กับบทบาทและหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพซึ่งมีความแตกต่างกัน คงเหลือองค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล 12 รายการ

6.4.2. องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลทางด้านร่างกายเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.59 - 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.26 - 0.98 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 30 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.3. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์เห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.59 -

4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.29 - 0.98 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 13 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.4. องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลครอบครัวและสังคมเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.59 - 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.46 - 0.80 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 12 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.5. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตวิญญาณเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.71 - 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.26 - 0.29 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 7 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.6. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลระยะสุดท้ายเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.67 - 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.26 - 0.32 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 10 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.7. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.55 - 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.29 - 0.98 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 8 รายการ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.4.8. องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการอำนวยความสะดวกเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.65 – 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.46 - 0.80 โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มรายการดูแลด้านการอำนวยความสะดวก 1 รายการ คือ การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้เหตุผลว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความต้องการการดูแลการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม สรุปรวมองค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 6 รายการ

6.4.9. องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแลเห็นความสำคัญระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.55 – 4.75 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.29 - 0.98 คงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเท่าเดิม คือ 10 องค์ประกอบย่อย แต่มีการเปลี่ยนแปลงของคำถาม ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

7. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย รอบที่ 3

7.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามในรอบที่ 3 โดยการปรับแบบสอบถามรอบที่ 2 ตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเหมือนกับรอบที่ 2 แต่เพิ่มการแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบไว้ในรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม โดยครอบคลุมองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 9 องค์ประกอบ จำนวน 108 รายการ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 12 รายการ 2) องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย จำนวน 30 รายการ 3) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ จำนวน 13 รายการ 4) องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม จำนวน 12 รายการ 5) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 7 รายการ 6) องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย จำนวน 10 รายการ 7) องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 รายการ 8) องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก จำนวน 6 รายการ 9) องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล จำนวน 10 รายการ

โดยผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ในการตอบแบบสอบถามและระบุเครื่องหมายระดับคะแนนไว้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) คือ ค่ากลางของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แทนด้วยสัญลักษณ์ (●)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน แทนด้วยสัญลักษณ์ (\longleftrightarrow)

ตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา แทนด้วยสัญลักษณ์ (X)

7.2 ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามในรอบที่ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 18 คน โดยการทำหนังสือแจ้งอย่างไม่เป็นทางการพร้อมกับแบบสอบถามในรอบที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบภาพรวมของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา และพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมทั้งขอให้แสดงเหตุผลประกอบในกรณีที่คำตอบที่ได้อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ด้วยการจัดส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 5 คน และจัดส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จำนวน 13 คน และผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่สะดวกรับแบบสอบถามทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมซองจดหมาย ผนึกตราไปรษณียากร ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้วิจัยไปพร้อมกับแบบสอบถามที่จัดส่งให้ เพื่อความสะดวกและรวบรวมผู้เชี่ยวชาญน้อยที่สุดในการส่งแบบสอบถามตอบกลับ ในการนี้ผู้วิจัยขออนุญาตทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินกำหนดเวลาที่นัดไว้ โดยการเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 15 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้ง 18 ฉบับ

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละองค์ประกอบย่อยอีกครั้ง เพื่อสรุปผลการศึกษา โดยพิจารณาจากการคำนวณในแต่ละองค์ประกอบย่อยที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 พิจารณาค่าความสอดคล้องขององค์ประกอบย่อยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linstone & Turoff, 1975)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 พบว่า องค์ประกอบย่อยของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อยที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป และพิสัยระหว่างควอไทล์ของทุกองค์ประกอบย่อยมีค่าน้อยกว่า 1.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นความสำคัญขององค์ประกอบดังกล่าวในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 12.21 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล พบว่า มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน

ที่มีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคำตอบมากกว่าร้อยละ 15 เมื่อพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พบว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงคำตอบเดิมที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จึงสามารถยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 มาสรุปเป็นผลการศึกษา ดังนี้

องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ และ 108 รายการ เรียงลำดับความสำคัญขององค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยตามคำมัธยฐานจากมากไปน้อย คือ

1) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตวิญญาณ มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 7 รายการ โดยมีคำมัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.75 และ 0.23

2) องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลระยะสุดท้าย มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 10 รายการ โดยมีคำมัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.73 และ 0.28

3) องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลทางด้านร่างกาย มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 30 รายการ โดยมีคำมัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.73 และ 0.37

4) องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 12 รายการ โดยมีคำมัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.69 และ 0.38

5) องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 10 รายการ โดยมีคำมัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.68 และ 0.42

6) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 13 รายการ โดยมีค่ามัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.67 และ 0.39

7) องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 8 รายการ โดยมีค่ามัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.67 และ 0.40

8) องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการอำนวยความสะดวก มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 6 รายการ โดยมีค่ามัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.67 และ 0.43

9) องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลครอบครัวและสังคม มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 12 รายการ โดยมีค่ามัธยฐาน (Med) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) ขององค์ประกอบเท่ากับ 4.64 และ 0.55

ซึ่งผลการศึกษาที่เป็นอันตงามติของผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันสามารถสรุปองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญผ่านเทคนิคเดลฟายในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยนำมาวิเคราะห์เป็นค่ามัธยฐาน (Med.) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) และระดับความสำคัญขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก 108 รายการ ระดับความสำคัญมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ซึ่งรายละเอียดผลการรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายทั้งหมดปรากฏในรายงานการศึกษา การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิจัยแบบเดลฟาย ดังแสดงในภาคผนวก ฉ

ขั้นที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดตัวประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันให้เป็นหมวดหมู่ นำมาเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived idea) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 108 รายการ จำแนกเป็นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 49 รายการ การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย จำนวน 25 รายการ และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกันระหว่างการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย จำนวน 34 รายการ พิจารณาความสอดคล้องร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา สรุปเป็นค่านิยามศัพท์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลระยะสุดท้าย 7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 8) การอำนวยความสะดวก และ 9) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบเนื้อหาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างการทบทวนวรรณกรรมกับการศึกษาของคํประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

เนื้อหาการดูแลแบบ	เนื้อหาจากการศึกษา	สรุปการดูแลแบบ
ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนวรรณกรรม	องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย	ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
<p>การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>หมายถึง การที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลจากญาติ โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่อง</p>	<p>การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>- การสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการให้ข้อมูล</p> <p>- การประเมินความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ก่อนการให้ข้อมูล</p> <p>- การให้ข้อมูลวิธีการรักษาที่หลากหลาย</p> <p>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเป็นเฉพาะกรณี</p> <p>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่ง</p> <p>- การให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมและการเผชิญกับความตายอย่างสงบ</p> <p>- การประเมินความเข้าใจของหลังให้ข้อมูล และอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัย</p>	<p>การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>หมายถึง การที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน</p>

เนื้อหาการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลทางด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา หรือตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและญาติใน ระ ย ะ ก า ร ดู แ ล แ บ บ ป ระ ค บ ป ระ ค อ ง ย ่ อ ย ่ ครอคลุมและมีประสิทธิภาพ ด้วยทักษะการประเมินภาวะ สุขภาพ การวินิจฉัยการ พยาบาล การวางแผนการ พยาบาล การปฏิบัติการ พยาบาลและการประเมินผล	- การประเมินปัญหาและความ ต้องการการดูแลทางด้าน ร่างกาย - การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีปัญหาเรื่องอาการปวด , อาการข้อติดแข็ง, อาการชัก, อาการกลืนลำบาก, อาการ หายใจลำบาก, ปัญหาการ ควบคุมอุจจาระและปัสสาวะ ไม่ได้, มีความผิดปกติเกี่ยวกับ การพูด ภาษา และการสื่อสาร - การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการ ปากแห้ง, อาการเหนื่อยล้า, เกิดแผลกดทับ, ภาวะปอด อักเสบจากการสูดสำลัก และ การติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ	การดูแลทางด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหและตอบ ตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในระยะการดูแลแบบ ระดับประคอง ได้แก่ อาการ ปวด อาการข้อติดแข็ง อาการชัก อาการกลืนลำบาก อาการหายใจ ลำบาก,ปัญหาการควบคุม อุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ มี ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร รวมถึง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการปากแห้ง อาการ เหนื่อยล้า การเกิดแผลกดทับ, ภาวะปอดอักเสบจากการสูด สำลัก และการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ ด้วยทักษะการ ประเมินภาวะสุขภาพ การ วินิจฉัยการพยาบาล การ วางแผนการพยาบาล การ ปฏิบัติการพยาบาลและการ ประเมินผล

เนื้อหาการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา หรือตอบสนองความต้องการ ด้านจิตใจและอารมณ์ของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ญาติในระยะการดูแลแบบ ประคับประคองอย่าง ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ระบาย ความรู้สึกด้านลบ ด้วยการรับ ฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็น ใจ ให้กำลังใจปลอบโยนเมื่อ เสียใจ ให้ความหวังตามความ เป็นจริงและให้ความมั่นใจต่อ คุณภาพบริการ รับฟังปัญหา และช่วยเหลือด้วยความเอื้อ อาทร รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วย และญาติได้บอกปัญหาความ ต้องการตามความพร้อมของแต่ละ บุคคล	- การประเมินปัญหาและความ ต้องการดูแลทางด้านจิตใจและ อารมณ์ - การให้ความมั่นใจในบริการที่ มีคุณภาพ - ให้เวลาในการบอกเล่า ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ ความเจ็บป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ระบาย ความรู้สึกคับข้องใจ หรือความรู้สึกค้างคาใจและ ซักถามข้อสงสัย - ให้การดูแลด้วยความใส่ใจ และให้กำลังใจ คิดเชิงบวก เกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย - การสนับสนุนให้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกกับบุคคลอื่น ๆ - การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะ วิตกกังวล ภาวะพ้อหรือสับสน เฉียบพลัน และภาวะสูญเสีย ความมีคุณค่าในตนเอง	การดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและ ตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและญาติ ใน ระยะ การดูแล แบบ ประคับประคอง ได้แก่ ภาวะ ซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ภาวะพ้อหรือสับสนเฉียบพลัน และภาวะสูญเสียความมีคุณค่า ในตนเอง โดยกระตุ้นเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ความรู้สึกคับ ข้องใจ ระบายความรู้สึกด้าน ลบ บอกปัญหาความต้องการ ตามความพร้อมของแต่ละ บุคคล ด้วยการรับฟังปัญหา ด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้ กำลังใจปลอบโยนเมื่อเสียใจ ให้ความมั่นใจต่อคุณภาพ บริการ รับฟังปัญหาและ ช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร

เนื้อหาการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบพวณวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลครอบครัวและสังคม หมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา หรือตอบสนองความต้องการ ด้านครอบครัวและสังคมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ญาติในระยการดูแลแบบ ประ ค บ ปร ะ ค อง ย ่ ำ ำ ง ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้ปรับตัวและ เผชิญกับการเจ็บป่วยอย่าง เหมาะสมตามความเป็นจริง รวมถึงการให้ข้อมูลการดูแล สุขภาพของสมาชิกใน ครอบครัว การจัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการส่งเสริมสนับสนุนการ ใช้ประโยชน์จากสังคมและ ท้องถิ่น	- การประเมินครอบครัวและ สังคมภายหลังการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง - การประเมินความรู้และทักษะ ในการดูแลเป็นระยะด้วยการจัด Family Meeting - การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม - การดูแลช่วยเหลือครอบครัวใน การปรับตัวกับความทุกข์ ความ สูญเสีย และความเศร้าโศก - การให้ความรู้และฝึกทักษะ เบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัว เพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไข ปัญหา - การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ ประโยชน์จากสังคมและชุมชน และ การพัฒนาระบบบริการดูแล การ ประสานงาน การรับหรือส่งต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - การจัดสภาพแวดล้อมในการ ดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับบ้าน	การดูแลครอบครัวและสังคม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนอง ความต้องการด้านครอบครัวและ สังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและญาติในระยการดูแล แบบประคับประคอง ด้วยการ ประเมินสถานะครอบครัวและ สังคมภายหลังการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง การ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และ ครอบครัวได้ปรับตัวและเผชิญ กับการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม พัฒนาระบบบริการดูแล การ ประสานงาน การรับหรือส่งต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง มีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัว การจัด สภาพ แวด ล้อม ที่ เหมาะสม และการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ประโยชน์จาก สังคมและท้องถิ่น

เนื้อหาการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบพวณวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ จัดการกับปัญหาหรือ ตอบสนองความต้องการด้าน จิตวิญญาณของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและญาติใน ระยะการดูแลแบบ ประคับประคองอย่างมี ประสิทธิภาพ ด้วยการช่วยให้ ผู้ป่วยและญาติเผชิญและ ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่าง เหมาะสมตามความเชื่อ ความ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและหลักศาสนา	- การประเมินความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและ ครอบครัว - การอำนวยความสะดวกให้ ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตาม หลักทางศาสนา - เคารพการดูแลผู้ป่วยตาม ความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัว - ยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจาก ความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ - การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคน อย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - การประเมินสิ่งที่ยึดเหนี่ยว จิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลัง ที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือ ความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ ก่อนหน้านี้	การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ แก้ไขปัญหาและตอบสนอง ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและญาติในระยะการ ดูแลแบบประคับประคอง ด้วย การประเมินความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและ ครอบครัวผ่านสิ่งที่ยึดเหนี่ยว จิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลัง ที่สั่งสมมาตลอดอายุขัยหรือ ความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ ก่อนหน้านี้ ช่วยให้ผู้ป่วยและ ญาติเผชิญและปรับตัวต่อการ เจ็บป่วยอย่างเหมาะสมตาม ความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึด เหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและ หลักศาสนา

เนื้อหาการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบตันวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลในระยะสุดท้าย	การดูแลในระยะสุดท้าย	การดูแลในระยะสุดท้าย
หมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลในช่วงระยะเวลา สุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ด้วยการ ตอบสนองความต้องการอย่างมี ประสิทธิภาพและครอบคลุมใน ทุกมิติของการดูแล การให้ ข้อมูลการเตรียมความพร้อม และการเผชิญกับตายอย่างสงบ	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ - การให้คำแนะนำและเคารพในสิทธิ์การเลือกรูปแบบการเสียชีวิต - การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม - การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต - การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมและการเผชิญกับตายอย่างสงบ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ ความสำคัญและเคารพในสิทธิ์การเลือกรูปแบบการเสียชีวิต รวมถึงการดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตด้วยการเคารพความเป็นบุคคลและดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต

เนื้อหาการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบพวนวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การสนับสนุนให้ครอบครัวมี ส่วนในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การส่งเสริมและ ช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้ ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย เรียนรู้และดูแลผู้ป่วยใน กิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู หายและความสุขสบายของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ร่วมในการวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับ พยาบาลโดยคำนึงถึงผลความ พร้อมและความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติ	- การประเมินการเผชิญกับ ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยจาก ญาติและครอบครัว - การประสานงานให้ผู้ป่วยและ ญาติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการ เจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจใน แผนการรักษา - การสนับสนุนให้ครอบครัวมี ส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลการตัดสินใจ และตั้งเป้าหมายการดูแล - การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วน ร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ ซับซ้อน - การส่งเสริมให้ญาติและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ ประเมินความสุขสบาย การ ตอบสนองต่อการรักษา	การสนับสนุนให้ครอบครัวมี ส่วนในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การส่งเสริมและ ช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้ ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย เรียนรู้และดูแลผู้ป่วยใน กิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู หายและความสุขสบายของ ผู้ป่วย ประสานให้ผู้ป่วยและ ญาติได้แสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง แลกเปลี่ยน ข้อมูลการตัดสินใจ มีส่วนร่วม ในการวางแผน การดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูล และ ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมสห สาขาวิชาชีพ โดยคำนึงถึงผล ความพร้อมและความต้องการ ของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก

เนื้อหาการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาจากการศึกษา องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย	สรุปการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
การอำนวยความสะดวก หมายถึง การบริหารจัดการ หรือประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลอันเกิดจากการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และด้าน เศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดำเนินชีวิต ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ ขณะที่ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	- การประเมินความเป็นอยู่ใน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและ ญาติ - การประเมินภาวะสุขภาพ ของญาติและครอบครัว - แนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วย และญาติ คลายความวิตกกังวล ขณะที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล - การส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริ การต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสุ สบาย - การทำหน้าที่เป็น ผู้ ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสห สาขาวิชาชีพ - การให้ความช่วยเหลือในการ แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง - การประสานงานกับนักสังคม สงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือ ต่าง ๆ	การอำนวยความสะดวก หมายถึง การบริหารจัดการ และประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบอันเกิด จากการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และด้านเศรษฐกิจ ด้วยการ ประเมินความเป็นอยู่ในการ ดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยและญาติส่งเสริมการ เข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่ สนับสนุนความสุ สบาย และญาติได้ผ่อนคลายความ วิตกกังวล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดำเนินชีวิต ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือ และประสานงานในการแก้ไข ปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ขณะที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล

ขั้นที่ 4 การสร้างเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบโครงสร้างที่ได้จากการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ดังนี้

แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะเครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ประเภทของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร ตำราและงานวิจัยการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย โดยสร้างเป็นแบบสอบถามจำนวน 108 รายการของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	12	รายการ
2. การดูแลทางด้านร่างกาย	30	รายการ
3. การดูแลจิตใจและอารมณ์	13	รายการ
4. การดูแลครอบครัวและสังคม	12	รายการ
5. การดูแลจิตวิญญาณ	7	รายการ
6. การดูแลระยะสุดท้าย	10	รายการ
7. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย	8	รายการ
8. การอำนวยความสะดวก	6	รายการ
9. การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	10	รายการ

ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวกทั้งหมด คิดค่าคะแนนตามระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

มาตรวัด	ความหมาย
เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ (76-100%) ระดับคะแนน 5	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด
เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ (51-75%) ระดับคะแนน 4	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก
เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง (26-50%) ระดับคะแนน 3	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง
เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน (1-25%) ระดับคะแนน 2	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย
ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น (0%) ระดับคะแนน 1	รายการนั้นไม่มีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 108 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านวิชาการด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ ประเมินการดำเนินการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา ถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80

2. กำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

2.1 อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 คน มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีประสบการณ์การสอนการพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลหรือการวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 พยาบาลวิชาชีพประจำการ จำนวน 1 คน มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลงานทางวิชาการหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 พยาบาลวิชาชีพประจำการ จำนวน 1 คน มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปี ขึ้นไป และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบประคับประคอง และมีผลงานทางวิชาการหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบประคับประคอง

2.4 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ จำนวน 1 คน เป็นแพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ได้รับวุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาสรีรวิทยาหรือประสาทศาสตร์จากสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรอง เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีประสบการณ์ในการดูแลหรือการสอนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปีขึ้นไป และมีผลงานทางวิชาการหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.5 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ จำนวน 1 คน เป็นแพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีประสบการณ์ในการดูแลหรือการสอนที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป และมีผลงานทางวิชาการหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง

3. นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามศัพท์หรือตามแนวคิดทฤษฎี กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4. กำหนดเกณฑ์พิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิที่มี ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) 0.78 ขึ้นไป และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) 0.90 ขึ้นไป (Polit et al., 2007) นำระดับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อและรายฉบับตามสูตรคำนวณ ดังนี้

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index , I-CVI)
จากสูตร

$$I-CVI = N_c/N$$

เมื่อ N_c หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale , S-CVI)
จากสูตร

$$S-CVI/Ave = S(I-CVI)/p$$

เมื่อ $S(I-CVI)$ หมายถึง ผลรวมของค่า I-CVI

p หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

5. นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยคงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมไว้ 38 รายการ ปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย 70 รายการ ได้แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้นจำนวน 108 รายการ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ มีค่าระหว่าง 0.89 - 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ $S-CVI = 0.96$ ซึ่งถือเป็นค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการปรับแก้แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีประสบการณ์การทำงาน 2 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 30 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพกลุ่มดังกล่าวไม่ได้ถูกสุ่มเป็นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งควรมีค่า 0.70 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ซึ่งจัดเป็นข้อคำถามที่ยอมรับได้ว่าเป็นข้อคำถามที่ดี และควรได้คัดเลือกมาจัดทำเป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยต่อไป

สำหรับงานวิจัยผู้วิจัยได้ทำการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามงานวิจัยทั้งหมด โดยคำนวณหาค่าสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเครื่องมือวิจัย

องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Try out (n = 30)
1. การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล	0.91
2. การดูแลทางด้านร่างกาย	0.71
3. การดูแลจิตใจและอารมณ์	0.94
4. การดูแลครอบครัวและสังคม	0.95
5. การดูแลจิตวิญญาณ	0.89
6. การดูแลระยะสุดท้าย	0.94
7. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย	0.91
8. การอำนวยความสะดวก	0.92
9. การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	0.89
รวมทั้งฉบับ	0.95

ขั้นที่ 6 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 37 แห่ง มีจำนวนประชากร รวม 3,608 คน (กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ กองบริหารการสาธารณสุข, 2562; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) (อวยพร เรืองตระกูล, 2553) ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามข้อตกลงเบื้องต้นของวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ที่ระบุว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมต้องไม่น้อยกว่า 100 ราย และจำนวนที่เหมาะสม คือ 300-500 ราย (Macnee & McCabe, 2008; Polit et al., 2010)

2. แบ่งกลุ่มสุ่มเลือก (Cluster Sampling) โรงพยาบาล โดยจำแนกเป็นรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ทำการจับฉลากเลือกเขตบริหารราชการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคละ 2 โรงพยาบาลรวม 8 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 9 โรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลลำปาง 2) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 3) โรงพยาบาลสระบุรี 4) โรงพยาบาลพระปกเกล้า 5) โรงพยาบาลขอนแก่น 6) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 7) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 8) โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ 9) สถาบันประสาทวิทยา

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 รายต่อโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง จากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยผู้รับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มประชากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนใกล้เคียงกันและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งอยู่ในระดับเดียวกัน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 ราย และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 47 รายต่อ 1 โรงพยาบาล 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ และกลุ่มตัวอย่าง 48 รายต่อ 1 โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และสถาบันประสาทวิทยา รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 425 ราย (ดังแสดงในตารางที่ 8)

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) มีวุฒิการศึกษาทางด้านการพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป
 - 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปีขึ้นไป หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือสาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ หรือสาขาการพยาบาลแบบประคับประคอง
 - 3) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หอผู้ป่วยอายุรกรรม, หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท, หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม, หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือไม่พร้อมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 8 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 37 แห่ง

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)		
ภาคเหนือ		
1. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	98	-
2. โรงพยาบาลนครพิงค์	86	-
3. โรงพยาบาลลำปาง	114	47
4. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	133	47
5. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	77	-
6. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	76	-
ภาคกลาง		
1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	68	-
2. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	74	-
3. โรงพยาบาลสระบุรี	116	47
4. โรงพยาบาลนครปฐม	81	-
5. โรงพยาบาลราชบุรี	75	-
6. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร	87	-
7. โรงพยาบาลสมุทรสาคร	79	-

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
8. โรงพยาบาลพระปกเกล้า	128	47
9. โรงพยาบาลชลบุรี	108	-
10. โรงพยาบาลพุทธโสธร	78	-
11. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	81	-
12. โรงพยาบาลระยอง	82	-
13. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	87	-
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
1. โรงพยาบาลขอนแก่น	116	47
2. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	74	-
3. โรงพยาบาลสกลนคร	69	-
4. โรงพยาบาลอุดรธานี	89	-
5. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	156	-
6. โรงพยาบาลบุรีรัมย์	88	-
7. โรงพยาบาลสุรินทร์	84	-
8. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	161	48
ภาคใต้		
1. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	106	-
2. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	98	-
3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	121	47
4. โรงพยาบาลตรัง	85	-
5. โรงพยาบาลยะลา	89	-
6. โรงพยาบาลหาดใหญ่	116	47
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์)		
1. โรงพยาบาลราชวิถี	123	-
2. โรงพยาบาลเลิดสิน	96	-
3. โรงพยาบาลสงฆ์	25	-
4. สถาบันประสาทวิทยา	174	48
รวมทั้งสิ้น	3,608	425

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอข้อมูลคุณลักษณะและจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข จากสำนักการพยาบาลและกลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทราบขั้นตอนการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ต้องนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และสถาบันประสาทวิทยา

3. ผู้วิจัยได้ปฏิบัติเพื่อพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ

3.1.1 ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1.2 แสดงหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลแสดงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลทุกคน

3.1.3 สิทธิของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูล หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

3.1.4 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูล หน่วยงานและภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในสถานที่จัดเตรียมไว้เฉพาะ ไม่เปิดเผยตัวผู้ให้ข้อมูลและข้อความขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์ต่อบุคคลอื่น ๆ คำตอบที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์เนื้อหาและแปลข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงานและโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

3.1.5 เทปบันทึกเสียงและเอกสารที่ใช้บันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.1 นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และสถาบันประสาทวิทยา

3.2.2 แนบหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและเอกสารข้อมูล สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในของบรรจุแบบสอบถามทุกฉบับ แสดงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเพื่อไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ตอบแบบสอบถามปิดผนึกของแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสิ้นแล้วก่อนนำส่งผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล

3.2.3 สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถ ปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามและคืนแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

3.2.4 กรณีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้อง ระบุชื่อ-นามสกุล

3.2.5 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล คำตอบที่ได้จะ ถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และแปลข้อมูลโดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลไม่ว่ากรณี ใดๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

4. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แจกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 8 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) 1 แห่ง และสำเนาหนังสือขอความร่วมมือใน การทำการวิจัยอีก 1 ฉบับ เพื่อเรียนรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ขออนุมัติในการเก็บรวบรวม ข้อมูล พร้อมตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถาม และแนบหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่ ต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลพร้อมซองใส่เอกสาร จ่าหน้า ซอง ซื่อและที่อยู่ สำหรับส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ

7. ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้อัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากกว่า ร้อยละ 85 ของ แบบสอบถามทั้งหมด (วิภา บำเรอจิตร, 2542) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบด้วยความ จริงใจให้ตัวประมาณค่าทุกตัวปราศจากความลำเอียง ด้วยการขอความร่วมมือให้กลุ่มการพยาบาล

เป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดนำส่งผู้วิจัยตามระยะเวลา (15 วัน) ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อชี้แจงและสอบถามกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาลหลังส่งเอกสาร 3 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคสำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ ภายหลังจากที่กำหนด 1 สัปดาห์ และติดตามครั้งที่ 2 หลังจากครั้งแรกอีก 1 สัปดาห์ (ปริดา เบ็ญคาร, 2539) โดยจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 425 ฉบับ

8. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2562 จนถึงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในโรงพยาบาล 1 แห่งได้ คงเหลือ โรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล 8 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และสถาบันประสาทวิทยา ได้กลุ่มตัวอย่าง 378 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์ปัจจัย

9. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งสิ้น 425 คน ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในโรงพยาบาล 1 แห่ง ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 47 คน เนื่องจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประกอบกับมีโครงการวิจัยค้างในระบบจำนวนมาก ทำให้การพิจารณาจริยธรรมการมีความล่าช้า จึงคงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างสุทธิของการวิจัยนี้ 378 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน 378 ฉบับ มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 100 เมื่อตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูลมีแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ทั้งสิ้น 378 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนและร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50.0	13.20
หญิง	328.0	86.80
อายุ		
25 - 30 ปี	95.0	25.10
31 - 35 ปี	74.0	19.60
36 - 40 ปี	61.0	16.10
41 - 45 ปี	83.0	22.00
46 - 50 ปี	28.0	7.40
51 - 55 ปี	26.0	6.90
56 - 60 ปี	11.0	2.90
อายุเฉลี่ย 37.93 ปี (S.D. = 8.50)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	329.0	87.00
ปริญญาโท	47.0	12.50
ปริญญาเอก	2.0	0.50
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง		
ไม่เคยผ่านการอบรม	99.0	26.10
ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง		
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	82.0	21.70
สาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์	145.0	38.40
สาขาการพยาบาลแบบประคับประคอง	52.0	13.80
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	88.0	23.30
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	42.0	11.10
หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท	106.0	28.00
หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	61.0	16.10

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน (ต่อ)		
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	24.0	6.30
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	19.0	5.00
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท	38.0	10.10
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
1 - 5 ปี	61.0	16.10
6 - 10 ปี	101.0	26.70
11 - 15 ปี	77.0	20.40
16 - 20 ปี	72.0	19.00
21 - 25 ปี	47.0	12.40
26 - 30 ปี	20.0	5.30
อายุงานเฉลี่ย 13.33 ปี (S.D. = 7.23)		

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) มีอายุ 25-30 ปี (ร้อยละ 25.1) อายุเฉลี่ย 37.93 ปี (S.D. = 8.50) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 87.0) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (ร้อยละ 73.9) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทมากที่สุด (ร้อยละ 28.0) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 6-10 ปี (ร้อยละ 26.7) โดยเฉลี่ย 13.33 ปี (S.D. = 7.23)

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ (Check list) ผู้วิจัยนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละนำเสนอในรูปตารางและความเรียง

2. แบบสอบถามตอนที่ 2 องค์ประกอบประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

2.1 ค่าเฉลี่ยของแต่ละข้อคำถามตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญหรือความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (ประคอง กรณสูตร, 2542) ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด
3.50 - 4.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก
2.50 - 3.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง
1.50 - 2.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย
1.0 - 1.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อคำถามแสดงลักษณะการกระจายของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. วิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัว โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) แสดงผลในรูปเมตริกซ์สหสัมพันธ์ พร้อมกับทดสอบความมี

นัยสำคัญของเมตริกสหสัมพันธ์ตัวแปรแต่ละตัวควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 ขึ้นไป ($r > 0.30$) เพื่อให้ได้ตัวแปรที่สกัดได้มีค่าร่วมกันสูง นำไปวิเคราะห์ปัจจัยซึ่งค่าความร่วมกัน (Communality) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่ง ๆ กับ ตัวแปรอื่น ๆ ทุกตัว (บุญใจ ศรีสถิตนารากร, 2550) แสดงผลในรูปเมตริกซ์สหสัมพันธ์แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรผลการวิจัยนี้ได้เมตริกซ์สหสัมพันธ์ขนาด 108×108 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยรายข้อ 0.19 - 0.80 โดยมีรายการดูแลที่ 1 (Infom1), รายการดูแลที่ 2 (Infom2), รายการดูแลที่ 3 (Infom3), รายการดูแลที่ 4 (Infom4), รายการดูแลที่ 5 (Infom5), รายการดูแลที่ 7 (Infom7), รายการดูแลที่ 9 (Infom9), รายการดูแลที่ 21 (Physi2.8), รายการดูแลที่ 25 (Physi4.1), รายการดูแลที่ 26 (Physi4.2), รายการดูแลที่ 33 (Physi7.2), รายการดูแลที่ 37 (Physi9.1), รายการดูแลที่ 38 (Physi9.2), รายการดูแลที่ 39 (Physi9.3), รายการดูแลที่ 43 (Psycho1), รายการดูแลที่ 44 (Psycho2), รายการดูแลที่ 51 (Psycho9), รายการดูแลที่ 52 (Psycho10), รายการดูแลที่ 53 (Psycho11), รายการดูแลที่ 69 (Spiritual2), รายการดูแลที่ 85 (Support1), รายการดูแลที่ 86 (Support1), รายการดูแลที่ 93 (Faci1), รายการดูแลที่ 94 (Faci2), รายการดูแลที่ 99 (Goal1), รายการดูแลที่ 100 (Goal2) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยกว่า 0.30 แสดงว่ารายการดังกล่าวเป็นรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับรายการอื่นน้อย และรายการดูแลอีก 82 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ย 0.33 - 0.80 แสดงถึงรายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกัน 82 รายการ

3.2 การตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรเพื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.2.1 การทดสอบ Bartlett's test of sphericity เพื่อทดสอบเมตริกซ์เอกลักษณะของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ประเมินความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการทดสอบพบว่าค่า Chi-square เท่ากับ 28110.38 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .00 ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐาน แสดงถึงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ไม่เป็นเมตริกซ์เอกลักษณะ กล่าวคือตัวแปรต่าง ๆ ความสัมพันธ์กันจึงมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.2.2 หาค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ซึ่งเป็นดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้และขนาดค่าของสหสัมพันธ์พาร์เชียลระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เมื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไปแล้ว บอกให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้มีความเหมาะสมสำหรับการนำมาวิเคราะห์ตัวประกอบหรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยค่า KMO เท่ากับ 0.95 แสดงถึงข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดีมากสำหรับการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.3 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญไปสกัดตัว ประกอบ (Factor extraction) โดยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 14 ตัวประกอบมีค่าความแปรปรวน

ที่อธิบายองค์ประกอบ 33.00 5.67 2.87 2.69 2.11 1.92 1.73 1.49 1.41 1.26 1.19 1.11 1.03 และ 1.02 ตามลำดับ มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบได้ร้อยละ 40.24 6.91 3.50 3.27 2.57 2.35 2.11 1.81 1.72 1.54 1.45 1.35 1.25 และ 1.24 ตามลำดับ และมีค่าความแปรปรวนสะสมที่นำมาอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40.24 47.15 50.66 23.93 56.50 58.85 60.96 62.77 64.49 66.03 67.48 68.83 70.08 และ 71.32 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 33 ภาคผนวก จ)

3.4 การหมุนแกน (Factor rotation) โดยหมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) เพื่อให้ได้ตัวประกอบแต่ละตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้ค่าความแปรปรวนของแต่ละตัวประกอบทั้ง 14 ตัวประกอบดังนี้ ค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละตัวประกอบ 7.85 7.28 7.01 6.31 6.06 4.70 4.31 3.25 3.02 2.75 1.90 1.44 1.39 และ 1.20 ตามลำดับ มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบได้ร้อยละ 9.58 8.88 8.55 7.69 7.39 5.74 5.26 3.96 3.68 3.35 2.32 1.76 1.70 และ 1.47 ตามลำดับ และมีค่าความแปรปรวนสะสมที่นำมาอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 9.58 18.46 27.01 34.70 42.09 47.82 53.08 57.04 60.73 64.08 66.40 68.16 69.86 และ 71.32 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 33 ภาคผนวก จ)

3.5 แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักของปัจจัย (Factor loading) มากที่สุดในองค์ประกอบนั้น ผู้วิจัยพิจารณาค่าไอเกนเท่ากับหรือมากกว่า 1.00 และมีตัวประกอบที่อธิบายองค์ประกอบนั้น ๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป โดยในแต่ละตัวประกอบมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 0.40 และตัวประกอบมีความสอดคล้องกันกับแนวคิดทฤษฎี (Osborne, 2014; Polit et al., 2010) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ บรรยายด้วย 81 ตัวแปร และอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 66.40 (ดังแสดงในตารางที่ 34 ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของตัวแปรการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 สรุปลองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการวิจัยแบบเดลฟายและการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ทางสถิติและอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงความหมายดังนี้

N	หมายถึง	จำนวนประชากร
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของตัวแปรการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างให้ค่าคะแนนใน 108 รายข้อคำถาม โดยเฉลี่ย 4.18 – 4.77 (S.D. 0.45 – 0.77) ซึ่งมีระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุด มีระดับความสำคัญมากที่สุด จำนวน 60 ข้อ และสำคัญมาก จำนวน 48 ข้อ ทำการจำแนกข้อมูลตามระดับความคิดเห็น รายด้าน ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล การดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลครอบครัวและสังคม การดูแลจิตวิญญาณ การดูแลระยะสุดท้าย การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การอำนวยความสะดวก และการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 10 - 18

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติก่อนการให้ข้อมูล	4.70	0.48	มากที่สุด
2	ท่านมีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติทุกครั้งก่อนการให้ข้อมูล	4.59	0.55	มากที่สุด
3	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคเบื้องต้นกับผู้ป่วยและญาติตามจริง ด้วยท่าทีที่นุ่มนวลและพร้อมให้ความช่วยเหลือ	4.64	0.52	มากที่สุด
4	ท่านให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อญาติและครอบครัวเมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	4.68	0.48	มากที่สุด
5	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในให้ข้อมูลวิธีการรักษาที่หลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยและญาติ	4.51	0.59	มากที่สุด
6	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอและตามความต้องการ	4.56	0.59	มากที่สุด

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
7	ท่านได้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติ ดังต่อไปนี้ ความก้าวหน้าของโรค การรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค การพยากรณ์โรค การรับรู้สภาพ การดูแลแบบประคับประคอง และกระบวนการแจ้งข่าวร้าย	4.53	0.56	มากที่สุด
8	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่ง จากพยาธิสภาพของโรคและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาถ้าดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นต้น	4.65	0.50	มากที่สุด
9	ท่านให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมและการเผชิญกับความตายกับผู้ป่วยและญาติด้วยความนุ่มนวลแสดงถึงความเข้าใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือ	4.57	0.55	มากที่สุด
10	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล แผนการดูแลที่จัดให้คำนึงถึงความต้องการและความสุขสบายของผู้ป่วยมากที่สุด	4.57	0.56	มากที่สุด
11	ท่านประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง หลังให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่	4.53	0.58	มากที่สุด
12	ภายหลังจากการให้ข้อมูล ท่านสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง และอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง	4.49	0.59	มาก

จากตารางที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีรายการดูแล 12 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.49 - 4.70 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.48 - 0.59 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 11 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 1 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ก่อนการให้ข้อมูล (ค่าเฉลี่ย 4.70) รองลงมา คือรายการที่ 4 การให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อญาติและครอบครัวเมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง (ค่าเฉลี่ย 4.68) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 12 การสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง ภายหลังจากการให้ข้อมูล และอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย 4.49)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลทางด้านร่างกาย

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลรักษาด้วยแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งนำปัญหาและความต้องการดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลรักษาในครั้งต่อไป	4.53	0.54	มากที่สุด
2	ท่านมีการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง	4.45	0.62	มาก
3	ท่านมีการบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.42	0.63	มาก
4	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาการปวดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น	4.38	0.67	มาก

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
5	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่ โดยการประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นและการใส่เครื่องพยุงแขนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่	4.28	0.73	มาก
6	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	4.40	0.66	มาก
7	ท่านร่วมวางแผนกับนักกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อการบำบัดอย่างถูกวิธี อันจะช่วยบรรเทาอาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ	4.44	0.64	มาก
8	ท่านจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและแนะนำวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง เพื่อลดอาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว	4.40	0.66	มาก
9	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย แนะนำการฝึกขยับให้เป็นเวลา เพื่อลดอาการปวดท้อง สาเหตุจากอาการท้องผูก ท้องอืด และอาหารไม่ย่อย	4.50	0.61	มากที่สุด
10	ท่านมีการประเมินและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดอาการข้อติดแข็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการข้อติดแข็ง	4.51	0.60	มากที่สุด
11	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลและป้องกันการเกิด ข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.48	0.59	มาก
12	ท่านสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด ข้อติดแข็ง	4.38	0.66	มาก
13	ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะชักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง	4.54	0.56	มากที่สุด

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
14	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดการชักได้มากกว่าคนปกติ	4.54	0.60	มากที่สุด
15	ท่านมีการประเมินอาการกลืนลำบากและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของเส้นประสาท และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใส่สายให้อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอและป้องกันการสำลักอาหาร	4.63	0.55	มากที่สุด
16	ท่านร่วมวางแผนกับนักโภชนาการและทีมสหสาขาวิชาชีพ เรื่องสารน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก	4.44	0.66	มาก
17	ท่านมีการประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.66	0.52	มากที่สุด
18	ท่านร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.46	0.65	มาก
19	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าคนปกติ และในผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ	4.52	0.61	มากที่สุด
20	ท่านมีการประเมินการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.56	0.55	มากที่สุด
21	ท่านสอนวิธีการฝึกถ่ายปัสสาวะและการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้	4.18	0.77	มาก

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
22	ท่านมีการประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.44	.062	มาก
23	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักอรรถบำบัดในแก้ไขปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการฝึกโดยให้ผู้ป่วยออกเสียงตาม ให้เรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อฝึกการออกเสียงและใช้กล้ามเนื้อใบหน้า	4.30	0.75	มาก
24	ท่านแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และมีการสื่อสารกับผู้อื่น	4.51	0.62	มากที่สุด
25	ท่านมีการประเมินสมรรถนะทางด้านร่างกาย เช่น การทรงตัว การเดิน การเคลื่อนไหว หรืออาการอ่อนแรง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.56	0.58	มากที่สุด
26	ท่านแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในช่องปาก และช่วยแก้ไขปัญหาลำบากปากแห้ง	4.56	0.55	มากที่สุด
27	ท่านมีการประเมินและให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้า พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	4.53	0.57	มากที่สุด
28	ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.65	0.50	มากที่สุด

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
29	ทำนดูละและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.67	0.50	มากที่สุด
30	ทำนเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก	4.69	0.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลทางด้านร่างกาย มีรายการดูแล 30 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.18 - 4.69 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.50 - 0.77 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 16 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 14 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 30 เลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก (ค่าเฉลี่ย 4.69) รองลงมา คือรายการที่ 29 การดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ค่าเฉลี่ย 4.67) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 21 การสอนวิธีการฝึกถ่ายปัสสาวะและการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อแก้ไขปัญหากล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและปัสสาวะไม่ได้ (ค่าเฉลี่ย 4.18)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังให้การดูแลรักษาด้วยแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งนำปัญหาและความต้องการดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลรักษาในครั้งต่อไป	4.57	0.56	มากที่สุด
2	ท่านวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม เข้าถึงได้ง่าย และปฏิบัติได้จริง	4.48	0.62	มาก
3	ท่านอธิบายขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้มีความมั่นใจว่าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.50	0.59	มากที่สุด
4	ท่านให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ ความเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ	4.46	0.59	มาก
5	ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ	4.58	0.55	มากที่สุด
6	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจ	4.61	0.57	มากที่สุด
7	ท่านให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย	4.58	0.60	มากที่สุด
8	ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกค้างคาใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง	4.56	0.59	มากที่สุด
9	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกกับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนอื่น ๆ เพื่อให้ได้แนวทางในการเผชิญปัญหา	4.48	0.64	มาก

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
10	ท่านร่วมวางแผนกับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ในกระบวนการแก้ไขภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ	4.26	0.76	มาก
11	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักจะเกิดอารมณ์แปรปรวนอาการที่พบได้ คือ หัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ร้องไห้ง่ายและหัวเราะบ่อยกว่าปกติ เป็นต้น	4.40	0.66	มาก
12	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการที่พบได้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หลงผิด หรือ หวาดระแวง เป็นต้น	4.47	0.62	มาก
13	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าปัจจัยเสี่ยงทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการนอนที่ผิดปกติ	4.50	0.59	มากที่สุด

จากตารางที่ 12 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ มีรายการดูแล 13 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.26 - 4.61 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.56 - 0.76 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 7 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 6 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 6 การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจ (ค่าเฉลี่ย 4.61) รองลงมา คือรายการที่ 5 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ (ค่าเฉลี่ย 4.58) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 10 ร่วมวางแผนกับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ในกระบวนการแก้ไขภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ (ค่าเฉลี่ย 4.26)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลครอบครัวและสังคม

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติทุก ราย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการ ซักประวัติและใช้แบบประเมินที่เหมาะสม	4.44	0.61	มาก
2	ท่านมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง โดยการ ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลเป็นระยะด้วยการจัด Family Meeting	4.35	0.71	มาก
3	ท่านให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหา ที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	4.44	0.62	มาก
4	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม ผ่านกลไกของงานสังคมสงเคราะห์	4.42	0.65	มาก
5	ท่านให้การดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวในการปรับตัว กับความทุกข์ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก	4.45	0.60	มาก
6	ท่านให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัว เพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาในระยะการดูแลแบบ ประคับประคองด้วยตนเอง โดยมีทีมสหสาขาช่วยให้การ ปรึกษาและสนับสนุน	4.47	0.60	มาก
7	ท่านส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและ ชุมชนตามความเหมาะสม โดยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วย	4.43	0.64	มาก
8	ท่านและทีมสหสาขาวิชาชีพมีการพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน	4.52	0.61	มากที่สุด

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
9	ท่านประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มงานเวช กรรมสังคม รพช. รพ.สต. ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น	4.46	0.66	มาก
10	ท่านส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการ ดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับบ้าน และให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ดูแลอย่างใกล้ชิด	4.47	0.61	มาก
11	ท่านทำการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ประสานงานไปยัง หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ติดตามการดูแลต่อเนื่องใน กรณีที่ผู้ป่วยและญาติกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	4.49	0.64	มาก
12	ท่านมีการติดตามหรือส่งต่อข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือญาติ และครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	4.23	0.81	มาก

จากตารางที่ 13 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลครอบครัวและสังคม มีรายการดูแล 12 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.23 - 4.52 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.60 - 0.81 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 1 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 11 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 8 การพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 4.52) รองลงมา คือรายการที่ 11 การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ประสานงานไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ติดตามการดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 4.49) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 12 การติดตามหรือส่งต่อข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (ค่าเฉลี่ย 4.23)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้	4.48	0.62	มาก
2	ท่านสนับสนุนให้ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว	4.64	0.53	มากที่สุด
3	ท่านสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวที่ได้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น การให้ญาติและครอบครัวได้ร่วมดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานตามความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	4.65	0.50	มากที่สุด
4	ท่านอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การสวดภาวนาต่อพระเจ้า เป็นต้น	4.67	0.51	มากที่สุด
5	ท่านเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลแบบแพทย์แผนปัจจุบันด้วยความเต็มใจและเปิดกว้าง	4.62	0.54	มากที่สุด
6	ท่านยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น	4.66	0.54	มากที่สุด
7	ท่านให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล	4.77	0.45	มากที่สุด

จากตารางที่ 14 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลจิตวิญญาณ มีรายการดูแล 7 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.48 - 4.77 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.45 - 0.62 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 6 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 1 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 7 การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล (ค่าเฉลี่ย 4.77) รองลงมา คือ รายการที่ 4 การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การสวดภาวนาต่อพระเจ้า เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.67) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 1 การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ (ค่าเฉลี่ย 4.48)



ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลระยะสุดท้าย

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคกับทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง	4.65	0.54	มากที่สุด
2	ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบก่อนการให้ข้อมูล	4.65	0.52	มากที่สุด
3	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีหรืออาการที่แย่งอย่างเห็นได้ชัด	4.65	0.52	มากที่สุด
4	ท่านอำนวยความสะดวกด้วยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	4.54	0.58	มากที่สุด
5	ท่านให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยและญาติ	4.64	0.54	มากที่สุด
6	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.63	0.54	มากที่สุด
7	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต	4.63	0.54	มากที่สุด
8	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ	4.66	0.52	มากที่สุด
9	ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ท่านเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวได้ดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยไม่จำกัดเวลา	4.61	0.58	มากที่สุด

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
10	ท่านให้การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการ เคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต	4.67	0.52	มากที่สุด

จากตารางที่ 15 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการดูแลระยะสุดท้าย มีรายการดูแล 10 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.54 - 4.67 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.52 - 0.58 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุดทั้งหมดจำนวน 10 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 10 การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต (ค่าเฉลี่ย 4.67) รองลงมา คือรายการที่ 8 การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ค่าเฉลี่ย 4.66) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 4 การอำนวยความสะดวกด้วยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 4.54)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านได้ทำการประเมินการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากญาติและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง	4.52	0.59	มากที่สุด
2	ท่านนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากญาติและครอบครัวมาวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม	4.57	0.57	มากที่สุด
3	ท่านประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.52	0.60	มากที่สุด
4	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลการตัดสินใจและตั้งเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว	4.57	0.55	มากที่สุด
5	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำกายภาพ เป็นต้น	4.61	0.55	มากที่สุด
6	ท่านส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสุขสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	4.61	0.54	มากที่สุด
7	ท่านได้บันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหาพร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาล และการรับส่งเวร	4.52	0.58	มากที่สุด
8	ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน	4.48	0.59	มาก

จากตารางที่ 16 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีรายการดูแล 8 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.48 - 4.61 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.55 - 0.60 แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 7 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 1 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 5 การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เพื่อความสบายของผู้ป่วยและสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำกายภาพ เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.61) และรายการที่ 6 การส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.61) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 8 นำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 4.48)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการอำนวยความสะดวก

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านประเมินความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	4.43	0.62	มาก
2	ท่านได้ประเมินภาวะสุขภาพของญาติและครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.39	0.62	มาก
3	ท่านแนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสบายของผู้ป่วยและญาติ	4.50	0.62	มากที่สุด
4	ท่านทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	4.54	0.58	มากที่สุด
5	ท่านให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	4.47	0.61	มาก
6	ท่านประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.49	0.61	มาก

จากตารางที่ 17 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการอำนวยความสะดวก มีรายการดูแล 6 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.39 - 4.54 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.58 - 0.62 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 2 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 4 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 4 การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ค่าเฉลี่ย 4.54) รองลงมาคือรายการที่ 6 การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.49) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพของญาติและครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ค่าเฉลี่ย 4.39)



ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา	4.54	0.58	มากที่สุด
2	ท่านมีการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความต้องการ และระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.40	0.69	มาก
3	ท่านมีการทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดูแลการกำหนดนโยบายบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง	4.43	0.66	มาก
4	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน ชี้ให้เห็นถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ผ่านรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย	4.45	0.64	มาก
5	ท่านช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาอย่างเพียงพอจนสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลและเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยหายใจ การนวดหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย	4.53	0.57	มากที่สุด
6	ท่านเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยด้วยตัวเอง	4.58	0.56	มากที่สุด
7	ท่านเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม	4.47	0.61	มาก

ลำดับ ที่	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
8	ท่านมีการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบของการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อ ประเมินและยืนยันความต้องการที่แท้จริงในการทำ Family meeting	4.43	0.65	มาก
9	ท่านมีการทบทวนหรือหารือเป็นระยะกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยืนยันและทบทวน เป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษา	4.46	0.62	มาก
10	ท่านมีการบันทึกเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและแผนการ ดูแล เพื่อเป็นการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีการดูแล อย่างต่อเนื่อง ผ่านการทำ Family meeting เป็นระยะ	4.40	0.69	มาก

จากตารางที่ 18 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล มีรายการดูแล 10 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.40 - 4.58 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.56 - 0.69 แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 3 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก จำนวน 7 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 6 การเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยด้วยตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 4.58) รองลงมาคือรายการที่ 1 การประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา (ค่าเฉลี่ย 4.54) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 2 การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความต้องการ และระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ค่าเฉลี่ย 4.40)

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง**

วิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลัก (Principle component analysis) และหมุนแกนแบบออร์โธกอนอล (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) แสดงค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละความแปรปรวนสะสมของแต่ละตัวประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน ในแต่ละตัวประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของ ความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของ ความแปรปรวน
1	7.85	9.58	9.58
2	7.28	8.88	18.46
3	7.01	8.55	27.01
4	6.31	7.69	34.70
5	6.06	7.39	42.09
6	4.70	5.74	47.82
7	4.31	5.26	53.08
8	3.25	3.96	57.04
9	3.02	3.68	60.73
10	2.75	3.35	64.08
11	1.90	2.32	66.40
12	1.44	1.76	68.16
13	1.39	1.70	69.86
14	1.20	1.47	71.32

จากตารางที่ 19 ผลการสกัดปัจจัยได้องค์ประกอบทั้งหมด 14 องค์ประกอบ มีค่าไอเกน 1.20 – 7.85 มีค่าร้อยละความแปรปรวน 1.47 – 9.58 ทั้งหมดสามารถอธิบายอธิบายคุณลักษณะของการดูแล

แบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 71.32 เมื่อพิจารณาเกณฑ์ที่ใช้จัดหมวดหมู่ตัวประกอบ อันได้แก่ มีค่าน้ำหนักตัวแปรมากกว่า 0.40 ต้องมีตัวแปรอย่างน้อย 3 ตัวแปรใน 1 ตัวประกอบ และตัวประกอบมีความสอดคล้องกันกับแนวคิดทฤษฎี พบว่า มีตัวแปรที่ไม่เข้าเกณฑ์การพิจารณา จำนวน 3 กลุ่ม 27 รายการ ได้แก่ 1) รายการดูแลที่ 1 (Infrom1), รายการดูแลที่ 2 (Infrom2), รายการดูแลที่ 3 (Infrom3), รายการดูแลที่ 4 (Infrom4), รายการดูแลที่ 5 (Infrom5), รายการดูแลที่ 7 (Infrom7), รายการดูแลที่ 9 (Infrom9), รายการดูแลที่ 21 (Physi2.8), รายการดูแลที่ 25 (Physi4.1), รายการดูแลที่ 26 (Physi4.2), รายการดูแลที่ 33 (Physi7.2), รายการดูแลที่ 37 (Physi9.1), รายการดูแลที่ 38 (Physi9.2), รายการดูแลที่ 39 (Physi9.3), รายการดูแลที่ 43 (Psycho1), รายการดูแลที่ 44 (Psycho2), รายการดูแลที่ 51 (Psycho9), รายการดูแลที่ 52 (Psycho10), รายการดูแลที่ 53 (Psycho11), รายการดูแลที่ 69 (Spiritual2), รายการดูแลที่ 85 (Support1), รายการดูแลที่ 86 (Support1), รายการดูแลที่ 93 (Faci1), รายการดูแลที่ 94 (Faci2), รายการดูแลที่ 99 (Goal1) และ รายการดูแลที่ 100 (Goal2) ไม่ถูกนำมาวิเคราะห์เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยกว่า 0.30 แสดงว่ารายการดังกล่าวอธิบายโดยปัจจัยอื่น ๆ ได้น้อย 2) รายการดูแลที่ 75 (EOL1) และรายการดูแลที่ 95 (Faci3) เป็นเพียงรายการเดียวที่เป็นสมาชิกขององค์ประกอบที่ 12 และ 13 ตามลำดับ และ 3) องค์ประกอบที่ 14 ไม่พบตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักมากกว่า 0.40 (ดังแสดงในตารางที่ 34 ภาคผนวก จ)

ผู้วิจัยจึงตัดรายการดูแลที่ 1 (Infrom1), รายการดูแลที่ 2 (Infrom2), รายการดูแลที่ 3 (Infrom3), รายการดูแลที่ 4 (Infrom4), รายการดูแลที่ 5 (Infrom5), รายการดูแลที่ 7 (Infrom7), รายการดูแลที่ 9 (Infrom9), รายการดูแลที่ 21 (Physi2.8), รายการดูแลที่ 25 (Physi4.1), รายการดูแลที่ 26 (Physi4.2), รายการดูแลที่ 33 (Physi7.2), รายการดูแลที่ 37 (Physi9.1), รายการดูแลที่ 38 (Physi9.2), รายการดูแลที่ 39 (Physi9.3), รายการดูแลที่ 43 (Psycho1), รายการดูแลที่ 44 (Psycho2), รายการดูแลที่ 51 (Psycho9), รายการดูแลที่ 52 (Psycho10), รายการดูแลที่ 53 (Psycho11), รายการดูแลที่ 69 (Spiritual2), รายการดูแลที่ 85 (Support1), รายการดูแลที่ 86 (Support1), รายการดูแลที่ 93 (Faci1), รายการดูแลที่ 94 (Faci2), รายการดูแลที่ 99 (Goal1), รายการดูแลที่ 100 (Goal2) และรายการดูแลที่ 75 (EOL1) ออกจากการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักตัวแปรการดูแลที่ 95 (Faci3) ในองค์ประกอบที่ 2 เท่ากับ 0.41 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ จึงจัดตัวแปรการดูแลที่ 95 เข้าเป็นสมาชิกขององค์ประกอบที่ 2 ดังนั้น จากการวิเคราะห์ทางสถิติสามารถจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ 11 ตัว ประกอบด้วย 81 รายการและอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 66.40

ผู้วิจัยประมวลผลค่าสถิติจากการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมกับแนวคิดเบื้องต้นของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายได้ องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 11 องค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 20 - 32

ตารางที่ 20 องค์ประกอบที่ 1 การดูแลระยะสุดท้าย

ลำดับ ที่	การดูแลระยะสุดท้าย	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ	0.79
2	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	0.78
3	ท่านให้การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต	0.77
4	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต	0.77
5	ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ท่านเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวได้ดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยไม่จำกัดเวลา	0.75
6	ท่านให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยและญาติ	0.71
7	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เพื่อความสบายของผู้ป่วยและสัมพันธ์ภาพที่ดีของคนในครอบครัว เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำกายภาพ เป็นต้น	0.57
8	ท่านอำนวยความสะดวกด้วยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	0.51

ลำดับ ที่	การดูแลระยะสุดท้าย	น้ำหนัก การดูแล
9	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีหรืออาการที่แยลงอย่างเห็นได้ชัด	0.49
10	ท่านประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ	0.45
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		7.85
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		9.58
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		9.58

จากตารางที่ 20 องค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 7.85 คิดเป็น ร้อยละ 9.58 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การดูแลระยะสุดท้าย บรรยายได้ด้วย 10 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.45 - 0.79 การดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (0.79) รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (0.78) และลำดับที่ 3 เป็นการดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต (0.77)

ตารางที่ 21 องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล

ลำดับ ที่	การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านมีการทบทวน หรือเป็นระยะกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยืนยันและทบทวนเป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษา	0.73
2	ท่านเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม	0.73
3	ท่านมีการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและยืนยันความต้องการที่แท้จริงในการทำ Family meeting	0.73
4	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน ชี้ให้เห็นถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ผ่านรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย	0.65
5	ท่านมีการบันทึกเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแล เพื่อเป็นการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการทำ Family meeting เป็นระยะ	0.65
6	ท่านช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาอย่างเพียงพอจนสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลและเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยหายใจ การนวดหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย	0.63
7	ท่านเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยด้วยตัวเอง	0.63
8	ท่านประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง	0.62
9	ท่านมีการทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดูแล การกำหนดนโยบายบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง	0.59

ลำดับ ที่	การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล	น้ำหนัก การดูแล
10	ท่านทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	0.53
11	ท่านให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	0.52
12	ท่านแนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสุขสบายของผู้ป่วยและญาติ	0.41
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		7.28
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		8.88
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		18.46

จากตารางที่ 21 องค์ประกอบที่ 2 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 7.28 คิดเป็น ร้อยละ 8.88 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การกำหนด เป้าหมายของการดูแลและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล บรรยายได้ด้วย 12 รายการ ดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.52 - 0.73 การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การ ทบทวน หรือเป็นระยะกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยืนยันและทบทวน เป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษา การเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขา วิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม และการกำหนดเป้าหมาย และรูปแบบของการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและ ยืนยันความต้องการที่แท้จริงในการทำ Family meeting (0.73)

ตารางที่ 22 องค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง

ลำดับ ที่	การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	0.78
2	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการปวดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น	0.76
3	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่ โดยการประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นและการใส่เครื่องพยุงแขนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่	0.73
4	ท่านมีการบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	0.72
5	ท่านร่วมวางแผนกับนักกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อการบำบัดอย่างถูกวิธี อันจะช่วยบรรเทาอาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ	0.67
6	ท่านจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและแนะนำวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง เพื่อลดอาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว	0.66
7	ท่านมีการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง	0.61
8	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลและป้องกันการเกิด ข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.59
9	ท่านมีการประเมินและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดอาการข้อติดแข็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการข้อติดแข็ง	0.59
10	ท่านสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด ข้อติดแข็ง	0.49

ลำดับ ที่	การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง	น้ำหนัก การดูแล
11	ท่านมีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลรักษาด้วยแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งนำปัญหาและความต้องการดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลรักษาในครั้งต่อไป	0.40
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		7.01
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		8.55
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		27.01

จากตารางที่ 22 องค์ประกอบที่ 3 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 8.34 คิดเป็น ร้อยละ 7.72 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง บรรยายได้ด้วย 11 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.40 - 0.78 การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม (0.78) รองลงมา คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาการปวดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น (0.76) และลำดับที่ 3 เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่ โดยการประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นและการใส่เครื่องพยุงแขนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่ (0.73)

ตารางที่ 23 องค์ประกอบที่ 4 การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง

ลำดับ ที่	การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพช. รพ.สต. ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น	0.74
2	ท่านทำการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ประสานงานไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ใกล้บ้าน ติดตามการดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติขอกลับไปดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	0.68
3	ท่านและทีมสหสาขาวิชาชีพมีการพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข ใกล้บ้าน หรือส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	0.68
4	ท่านส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชนตามความเหมาะสม โดยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลด ปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วย	0.65
5	ท่านส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้ ใกล้เคียงกับบ้าน และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด	0.60
6	ท่านให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัวเพื่อให้สามารถ จัดการและแก้ไขปัญหาในระยะการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเอง โดยมีทีมสหสาขาช่วยในการปรึกษาและสนับสนุน	0.57
7	ท่านมีการติดตามหรือส่งต่อข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัว ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	0.57
8	ท่านมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแบบประคับประคอง โดยการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลเป็น ระยะด้วยการจัด Family Meeting	0.52
9	ท่านให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	0.49

ลำดับ ที่	การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง	น้ำหนัก การดูแล
10	ท่านมีการประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติทุกราย ภายหลังการ เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการซักประวัติและใช้แบบประเมินที่ เหมาะสม	0.45
11	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ผ่านกลไกของงานสังคมสงเคราะห์	0.43
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		6.31
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		7.69
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		34.70

จากตารางที่ 23 องค์ประกอบที่ 4 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 6.31 คิดเป็น ร้อยละ 7.69 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การประสานงาน การส่งต่อข้อมูล แนวทางการรักษา และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง บรรยายได้ด้วย 11 รายการดูแล มีค่าน้ำหนัก การดูแล ตั้งแต่ 0.43 - 0.74 การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน ระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง เช่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพช. รพ.สต. ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น (0.74) รองลงมา คือ การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ประสานงานไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ใกล้บ้าน ติดตามการดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติขอกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการ พัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหน่วย บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (0.68)

ตารางที่ 24 องค์ประกอบที่ 5 การดูแลจิตใจและอารมณ์

ลำดับ ที่	การดูแลจิตใจและอารมณ์	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ	0.72
2	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความความใส่ใจ	0.72
3	ท่านให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย	0.70
4	ท่านอธิบายขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้มีความมั่นใจว่าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	0.68
5	ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึก ค้างคาใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง	0.66
6	ท่านให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ ความเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ	0.60
7	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าปัจจัยเสี่ยงทางอารมณ์ที่ทำให้เกิด ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการนอนที่ผิดปกติ	0.55
8	ท่านให้การดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวในการปรับตัวกับความทุกข์ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก	0.50
9	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการที่พบได้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หลงผิด หรือหวาดระแวง	0.48
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		6.06
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		7.39
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		42.09

จากตารางที่ 24 องค์ประกอบที่ 5 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 6.06 คิดเป็นร้อยละ 7.39 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การดูแลจิตใจและอารมณ์ บรรยายได้ด้วย 9 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.48 - 0.72 การดูแลอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ และการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความความใส่ใจ (0.72) และลำดับที่ 3 เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย (0.70)

ตารางที่ 25 องค์ประกอบที่ 6 การดูแลจิตวิญญาณ

ลำดับ ที่	การดูแลจิตวิญญาณ	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านยอมรับการทำการกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขอภัยต่อสิ่งที่มีผิดพลาดในอดีต การจัดการกับการกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น	0.75
2	ท่านเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยความเต็มใจและเปิดกว้าง	0.75
3	ท่านอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การสวดภาวนาต่อพระเจ้า	0.67
4	ท่านสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวที่ได้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น การให้ญาติและครอบครัวได้ร่วมดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานตามความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	0.66
5	ท่านให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล	0.66
6	ท่านมีการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้	0.48

ลำดับ ที่	การดูแลจิตวิญญาณ	น้ำหนัก การดูแล
7	ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบก่อนการให้ข้อมูล	0.43
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		4.70
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		5.74
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		47.82

จากตารางที่ 25 องค์ประกอบที่ 6 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 4.70 คิดเป็น ร้อยละ 5.74 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การดูแลจิตวิญญาณ บรรยายได้ด้วย 7 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.43 - 0.75 การดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขอภัยต่อสิ่งที่ไม่ดีพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น การเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัว นอกเหนือจากการดูแลแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยความเต็มใจและเปิดกว้าง (0.75) และลำดับที่ 3 เป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การสรงน้ำพระบาทต่อพระเจ้า เป็นต้น (0.67)

ตารางที่ 26 องค์ประกอบที่ 7 การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับ ที่	การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.72
2	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าคนปกติ และในผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ	0.70
3	ท่านมีการประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	0.69
4	ท่านร่วมวางแผนกับนักโภชนาการและทีมสหสาขาวิชาชีพ เรื่องสารน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก	0.64
5	ท่านมีการประเมินการควบคุมอุณหภูมิและปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	0.62
6	ท่านมีการประเมินอาการกลืนลำบากและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า อาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของเส้นประสาท และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใส่สายให้อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอและป้องกันการสำลักอาหาร	0.52
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		4.31
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		5.26
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		53.08

จากตารางที่ 26 องค์ประกอบที่ 7 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 4.31 คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายของโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บรรยายได้ด้วย 6 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.52 - 0.72 การดูแลความผิดปกติ

หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (0.72) รองลงมาคือ การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าคนปกติ และในผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ (0.70) และลำดับที่ 3 เป็นการประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม (0.69)

ตารางที่ 27 องค์ประกอบที่ 8 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

ลำดับ ที่	การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่ง จากพยาธิสภาพของโรคและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ถ้าดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นต้น	0.65
2	ท่านอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล แผนการดูแลที่จัดให้คำนึงถึงความต้องการและความสุขสบายของผู้ป่วยมากที่สุด	0.64
3	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติ อย่างสม่ำเสมอและตามความต้องการ	0.61
4	ท่านประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งหลังให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่	0.52
5	ภายหลังจากการให้ข้อมูล ท่านสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทุกครั้งหลัง และอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง	0.46
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		3.25
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		3.96
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		57.04

จากตารางที่ 27 องค์ประกอบที่ 8 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 3.25 คิดเป็นร้อยละ 3.96 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบรรยายได้ด้วย 5 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.46 - 0.65 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลในการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่ง จากพยาธิสภาพของโรคและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาถ้าดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นต้น (0.65) รองลงมา คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล แผนการดูแลที่จัดให้คำนึงถึงความต้องการและความสุขสบายของผู้ป่วยมากที่สุด (0.64) และลำดับที่ 3 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอและตามความต้องการ (0.61)

ตารางที่ 28 องค์ประกอบที่ 9 การเฝ้าระวังความสะอาดในระบบบริการ

ลำดับ ที่	การเฝ้าระวังความสะอาดในระบบบริการ	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านได้บันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหา พร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องในแบบ บันทึกทางการพยาบาลและการรับส่งเวร	0.62
2	ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษาทางการ พยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน	0.60
3	ท่านส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	0.51
4	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยน ข้อมูลการตัดสินใจและตั้งเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว	0.51
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		3.02
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		3.68
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		60.73

จากตารางที่ 28 องค์ประกอบที่ 9 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 3.02 คิดเป็น ร้อยละ 3.68 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงการดูแล การบริการ จัดการและประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การเฝ้าระวังความสะอาดใน ระบบบริการ บรรยายได้ด้วย 4 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.51 - 0.62 การเฝ้าระวัง ความสะอาดในระบบบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การบันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหา พร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาล และการรับส่งเวร (0.62) รองลงมา คือ นำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษา ทางพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (0.60) และลำดับที่ 3 เป็นการส่งเสริมให้ญาติและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (0.51)

ตารางที่ 29 องค์ประกอบที่ 10 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ลำดับ ที่	การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก	0.72
2	ท่านดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	0.72
3	ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	0.71
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		2.75
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		3.35
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		64.08

จากตารางที่ 29 องค์ประกอบที่ 10 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 2.75 คิดเป็นร้อยละ 3.35 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การป้องกันการเกิดแผลกดทับ บรรยายได้ด้วย 3 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.71- 0.72 การป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก และการดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (0.72) และลำดับที่ 3 เป็นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (0.71)

ตารางที่ 30 องค์ประกอบที่ 11 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร

ลำดับ ที่	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร	น้ำหนัก การดูแล
1	ท่านร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักรรณบำบัดในแก้ไข ปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ด้วยการฝึกโดยให้ผู้ป่วยออกเสียงตาม ให้เรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อ ฝึกการออกเสียงและใช้กล้ามเนื้อใบหน้า	0.70
2	ท่านแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และมีการสื่อสารกับผู้อื่น	0.63
3	ท่านมีการประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และ การสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมา วางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	0.60
ค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบ (Initial Eigenvalue)		1.90
ร้อยละของความแปรปรวน (Percent of Variance)		2.32
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Percent of Cumulative)		66.40

จากตารางที่ 30 องค์ประกอบที่ 11 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 1.90 คิดเป็นร้อยละ 2.32 ของความแปรปรวนทั้งหมดจะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร บรรยายได้ด้วย 3 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.60 - 0.70 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสารในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักรรณบำบัดในแก้ไขปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการฝึกโดยให้ผู้ป่วยออกเสียงตาม ให้เรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อฝึกการออกเสียงและใช้กล้ามเนื้อใบหน้า (0.70) รองลงมาคือ การแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และมีการสื่อสารกับผู้อื่น และอันดับที่ 3 เป็นการประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังวิเคราะห์องค์ประกอบมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค รายองค์ประกอบและรวมทั้งฉบับ เพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ

องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha)	จำนวน รายการดูแล
การดูแลระยะสุดท้าย	0.94	10.00
การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล	0.94	12.00
การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง	0.92	11.00
การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง	0.93	11.00
การดูแลจิตใจและอารมณ์	0.93	9.00
การดูแลจิตวิญญาณ	0.91	7.00
การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.88	6.00
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	0.84	5.00
การเฝ้าระวังความสับสนในระบบบริการ	0.87	4.00
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	0.86	3.00
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร	0.79	3.00
รวมทั้งฉบับ	0.98	81.00

จากตารางที่ 31 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ บรรยายคุณลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย 81 รายการ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 จำแนกรายเป็นรายด้านพบว่า

ด้านการดูแลระยะสุดท้ายและการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแลมีค่าความเที่ยงสูงที่สุด (0.94) ขณะที่ด้านการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร (0.79) มีค่าความเที่ยงต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามถือว่าเป็นค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีสำหรับเครื่องมือใหม่ (DeVellis, 2012; รัตนศิริ ทาโต, 2561)

ตอนที่ 4 สรุปองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการวิจัยแบบเดลฟายและการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายและข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายและการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิจัยแบบเดลฟาย	การวิเคราะห์องค์ประกอบ
1. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ	1. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย
2. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย	2. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล
3. องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย	3. องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง
4. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	4. องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง
5. องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	5. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์
6. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	6. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ

การวิจัยแบบเดลฟาย	การวิเคราะห์องค์ประกอบ
7. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย	7. องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
8. องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก	8. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
9. องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม	9. องค์ประกอบด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ
	10. องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
	11. องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร

จากตารางที่ 32 สรุปองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลระยะสุดท้าย 7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย 8) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล และ 9) การอำนวยความสะดวก ส่วนองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง 3) การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร 6) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 7) การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง 8) การดูแลจิตวิญญาณ 9) การดูแลระยะสุดท้าย 10) การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล และ 11) การเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละองค์ประกอบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 องค์ประกอบที่มีรายการดูแลอธิบายตัวประกอบความคล้ายคลึงกันกับองค์ประกอบเดิม คือ องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย และองค์ประกอบด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก กลุ่มที่ 2 องค์ประกอบที่มีการรวมองค์ประกอบเดิมเข้าด้วยกัน คือ องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนด

เป้าหมายของการดูแล กลุ่มที่ 3 องค์ประกอบที่มีการจัดกลุ่มรายการดูแลใหม่ คือ องค์ประกอบการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง และกลุ่มที่ 4 องค์ประกอบที่มีการแบ่งองค์ประกอบใหม่จากองค์ประกอบเดิม คือ องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง องค์ประกอบด้านการการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และองค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (สังกัดกรมการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข 8 โรงพยาบาล จำนวน 378 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบการแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ชุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 114 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ประเภทของหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดและเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สร้างจากรายละเอียดองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์เอกสาร งานวิจัย และการรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย รวมเป็น 9 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลในระยะสุดท้าย 7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 8) การอำนวยความสะดวก และ 9) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.96 คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงจากการทดลองใช้เครื่องมือเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามรายข้อ วิเคราะห์

องค์ประกอบด้วยการสกัดตัวประกอบหลักและหมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ จากการหาค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) มีค่าเท่ากับ 0.95 และทดสอบ Bartlett's test of sphericity เพื่อทดสอบเมตริกซ์เอกลักษณ์ของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ผลการทดสอบพบว่าค่า Chi-square เท่ากับ 28110.38 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .00 ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐาน แสดงถึงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ไม่เป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ สรุปได้ว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดีมากสำหรับการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11 ตัวประกอบ คือ 1) การดูแลระยะสุดท้าย 2) การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล 3) การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง 4) การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง 5) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 6) การดูแลจิตวิญญาณ 7) การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 9) การเฝ้าระวังความเสถียรในระบบบริการ 10) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ 11) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร คำนวณค่าความเที่ยงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.98

1. สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการสกัดตัวประกอบและหมุนแกนตัวประกอบแล้ว องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ ตั้งชื่อตามกลุ่มรายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ ดังนี้

- 1.1 องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย
- 1.2 องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล
- 1.3 องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง
- 1.4 องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง
- 1.5 องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์
- 1.6 องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ
- 1.7 องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.8 องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- 1.9 องค์ประกอบด้านการเฝ้าระวังความเสถียรในระบบบริการ
- 1.10 องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 1.11 องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร

ตามลำดับค่าผลรวมความแปรปรวนขององค์ประกอบจากมากไปน้อย ซึ่งทั้ง 11 องค์ประกอบ มีค่าความแปรปรวนร่วม คิดเป็นร้อยละ 64.28

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่อธิบายแต่ละองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 องค์ประกอบด้านการการดูแลระยะสุดท้าย

องค์ประกอบด้านการการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.85 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 9.58 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 10 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลเพียงรายการเดียว กล่าวคือกลุ่มรายการที่บรรยายถึงลักษณะของการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล และดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต การเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวได้ดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยไม่จำกัดเวลาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต การให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เพื่อความสบายของผู้ป่วยและสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำกายภาพ เป็นต้น การอำนวยความสะดวกด้วยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีหรืออาการที่แย่งอย่างเห็นได้ชัด และประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล

องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 2 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.28 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 8.88 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 12 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลเพียงกลุ่มเดียว กล่าวคือเป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการร่วมวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การทบทวนหรือหารือเป็นระยะกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยืนยันและทบทวนเป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษา การเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและยืนยันความต้องการที่แท้จริงในการทำ Family meeting การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน ซึ่งให้เห็นถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ผ่านรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย การบันทึกเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแล เพื่อเป็นการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการทำ Family meeting เป็นระยะ การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาอย่างเพียงพอจนสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลและเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยหายใจ การนัดหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย การเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยด้วยตัวเอง การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง การทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดูแล การกำหนดนโยบายบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และแนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสบายของผู้ป่วยและญาติ

2.3 องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง

องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 3 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.01 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 8.55 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 11 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 กลุ่ม กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลของพยาบาลเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหอาการปวด และกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลของพยาบาลเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหอาการข้อติดแข็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวด มีรายการดูแลที่อธิบายคุณลักษณะดังกล่าวมีทั้งหมด 7 รายการ เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมองมีความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่ โดยการประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นและการใส่เครื่องพยุงแขนเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวหลุดของข้อไหล่ การบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม การร่วมวางแผนกับนักกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อการบำบัดอย่างถูกวิธี อันจะช่วยบรรเทาอาการปวดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ การจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและแนะนำวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง เพื่อลดอาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว และการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง

2.3.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาอาการข้อติดแข็ง มีรายการดูแลที่อธิบายคุณลักษณะดังกล่าวมีทั้งหมด 4 รายการ เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลและป้องกันการเกิด ข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดอาการข้อติดแข็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการข้อติดแข็ง การสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด

ข้อดีแข็ง และการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลรักษาด้วยแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งนำปัญหาและความต้องการดังกล่าวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลรักษาในครั้งต่อไป

2.4 องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง

องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 4 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 6.31 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 7.69 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 11 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายคุณลักษณะของการดูแล การส่งต่อข้อมูล แนวทางการรักษา และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพช. รพ.สต. ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ประสานงานไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ติดตามการดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติขอกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงาน การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชนตามความเหมาะสม โดยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วย การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับบ้าน และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาในระยะการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเอง โดยมีทีมสหสาขาช่วยให้การปรึกษาและสนับสนุน การติดตามหรือส่งต่อข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง โดยการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลเป็นระยะด้วยการจัด Family Meeting การให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติทุกราย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการซักประวัติและใช้แบบประเมินที่เหมาะสม และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ผ่านกลไกของงานสังคมสงเคราะห์

2.5 องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์

องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 5 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 6.06 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 7.39 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 9 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ ที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลและช่วยเหลือประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ การให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความความใส่ใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การอธิบายขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้มีความมั่นใจว่าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกค้างคาใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง การให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าปัจจัยเสี่ยงทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการนอนที่ผิดปกติ การดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวในการปรับตัวกับความทุกข์ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการที่พบได้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หลงผิด หรือหวาดระแวง

2.6 องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ

องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 6 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.70 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 5.74 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลของพยาบาลที่เข้าใจความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวผ่านสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัยหรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ ความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและหลักศาสนา เรียงตาม

น้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขอภัยต่อสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น การเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยความเต็มใจและเปิดกว้าง การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การสวดภาวนาต่อพระเจ้า การสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวที่ได้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น การให้ญาติและครอบครัวได้ร่วมดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานตามความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ และการประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบก่อนการให้ข้อมูล

2.7 องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 7 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.31 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 5.26 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะการกิจกรรมของพยาบาลที่ให้การการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าคนปกติ และในผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ การประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม การร่วมวางแผนกับนักโภชนาการและทีมสหสาขาวิชาชีพ เรื่องสารน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก การประเมินการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม และการประเมินอาการกลืนลำบากและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของเส้นประสาท และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใส่สายให้อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอและป้องกันการสำลักอาหาร

2.8 องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 8 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.25 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 3.96 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แผนการรักษา และการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งจากพยาธิสภาพของโรคและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาถ้าดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นต้น การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล แผนการดูแลที่จัดให้คำนึงถึงความต้องการและความสุขสบายของผู้ป่วยมากที่สุด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการใช้เครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอและตามความต้องการ การประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งหลังให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ และภายหลังจากการให้ข้อมูล ท่านสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทุกครั้งหลังและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง

2.9 องค์ประกอบด้านการเฝ้าอำนวยความสะดวกในระบบบริการ

องค์ประกอบด้านการเฝ้าอำนวยความสะดวกในระบบบริการสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 9 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.02 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 3.68 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ

พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแล การบริหารจัดการและประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การบันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหาพร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาลและการรับส่งเวร การนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน การส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลการตัดสินใจและตั้งเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว

2.10 องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 10 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 2.75 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 3.35 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก การดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.11 องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร

องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสารสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นลำดับที่ 11 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.90 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 2.32 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเดียว กล่าวคือ เป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแล

และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักอรรถบำบัดในแก้ไขปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการฝึกโดยให้ผู้ป่วยออกเสียงตาม ให้เรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อฝึกการออกเสียง และใช้กล่อมเนื้อใบหน้า การแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และมีการสื่อสารกับผู้อื่น และการประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารวบรวมองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่า องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การดูแลทางด้านร่างกาย 3) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 4) การดูแลครอบครัวและสังคม 5) การดูแลจิตวิญญาณ 6) การดูแลระยะสุดท้าย 7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 8) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล และ 9) การอำนวยความสะดวก แต่เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดขัด 3) การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร 6) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 7) การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง 8) การดูแลจิตวิญญาณ 9) การดูแลระยะสุดท้าย 10) การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล และ 11) การเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ ซึ่งมีความเหมือนและความแตกต่างกันในหลายองค์ประกอบ สะท้อนให้เห็นว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประสิทธิภาพและสภาพการปฏิบัติงานจริง มีผลทัศนคติและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีองค์ประกอบและรายการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง และความละเอียดอ่อนมากกว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความคิดเห็นในรูปแบบเชิงนโยบาย ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถเข้าถึงได้ในการปฏิบัติงานจริง

ซึ่งจากผลการวิจัยองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ องค์ประกอบด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และองค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร มีค่าความแปรปรวนจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ได้แก่ 7.85, 7.28, 7.01, 6.31, 6.06, 4.70, 4.31, 3.25, 3.02, 2.75 และ 1.90 ตามลำดับ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีการสกัดตัวประกอบหลัก และหมุนแกนแบบออร์โธโกนอลด้วยวิธีแวกซ์ เพื่ออธิบายความแปรปรวนของตัวประกอบ โดยองค์ประกอบท้าย ๆ จะอธิบายความแปรปรวนได้น้อยลงตามลำดับ และทุกองค์ประกอบเป็นอิสระต่อกัน อธิบายผ่านตัวแปรย่อยที่อธิบายลักษณะตัวประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.85 คิดเป็นร้อยละ 9.58 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.43 - 0.76 จำนวน 10 รายการ

การดูแลระยะสุดท้าย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมและการเผชิญกับตายอย่างสงบ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิ์การเลือกรูปแบบการเสียชีวิต รวมถึงการดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตด้วยการเคารพความเป็นบุคคลและดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต

ในวาระสุดท้ายของชีวิตบุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะมีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาทำภารกิจที่คั่งค้างให้แล้วเสร็จได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อเพื่อให้มีจิตใจที่สงบ เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และปรารถนาที่จะอยู่ท่ามกลางคนที่ตนเองรักและรู้จัก (จอณณะจง เเพ้งจาด, 2557) แต่ในปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการค้นพบวิธีการรักษาโรคเพื่อชะลอความตายและยืดชีวิตมนุษย์ให้ยาวนานแม้ผู้ป่วยจะเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น ทำให้การตายไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึง

ปัญหาด้านจริยธรรมทางการแพทย์ (Stone, Rees, & Hardy, 2001) เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค แผนการรักษาจะเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาให้หาย (Cure) เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแล (Care) มากกว่า นั่นคือ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาอาการมากกว่าการรักษาที่มุ่งให้หายจากโรค (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2547) ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 มีสาระสำคัญที่ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การบรรเทาอาการเจ็บปวด ตลอดจนการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ได้ด้วยความสุขสบายที่สุดตามอัตภาพ รวมไปถึงการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกในใจ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจแนวทางการรักษาขั้นสุดท้าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Jevon (2009) ที่กล่าวว่า หลักการสำคัญพื้นฐานที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ การให้ผู้ป่วยคลายจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้น การบูรณาการดูแลผู้ป่วยพร้อม ๆ กับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การใช้แนวคิดทางบวกในการดูแลเพื่อนำไปสู่การค้นหาโอกาสในช่วงวิกฤติที่จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น การผสมผสานการดูแลแบบองค์รวมโดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงหรือหมดไป การแนะนำแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนเสียชีวิต การใช้ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งให้คำปรึกษา การดูแลแบบประคับประคองที่จะไม่เร่งความตายให้เร็วขึ้นหรือยืดระยะเวลาความตายออกไปให้ยาวนานขึ้น และการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าชีวิตและกระบวนการความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาและเป็นช่วงหนึ่งของวงจรชีวิตมนุษย์ทุกคน ซึ่งจากการศึกษาของ Pierce และคณะ (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะสุดท้ายของชีวิตรู้สึกเจ็บปวดด้านจิตใจ ขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการเผชิญกับความตาย รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า ดังนั้นการดูแลในช่วงระยะเวลาลำดับสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล ด้วยการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมและการเผชิญกับตายอย่างสงบ ให้ความสนใจและเคารพในความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ เต็มใจที่จะพูดคุยและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.28 คิดเป็นร้อยละ 8.88 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.52 - 0.73 จำนวน 12 รายการ

การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล หมายถึง การส่งเสริมและช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสุขสบายของผู้ป่วย และร่วมกำหนดแบบแผนของกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษาที่ต้องการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษา การกำหนดเป้าหมาย การยืนยันและทบทวนเป้าหมายของการดูแลที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล

ในปัจจุบันมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างหลากหลายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลที่ชัดเจนถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างครอบคลุม รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองนั้นอาจมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ระดับของสถานบริการสภาพของชุมชน สังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากมีการวางแผนการดูแลที่ดีผ่านรูปแบบการพยาบาลที่เข้าใจและยอมรับในความเป็นบุคคล เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ปัญหาร่วมกัน การตั้งเป้าหมายและการหาแนวทางการดูแล นำไปสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน ตลอดจนการบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (เริงฤทธิ์ ทองอยู่ ดวงพร ปิยะคง และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2562) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal Attainment Theory) ของคิง (King, 1992) ที่มุ่งเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (nurse – patient interaction) กล่าวว่า “หากพยาบาลและผู้รับบริการมีการรับรู้ปัญหาร่วมกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพร่วมกันเกิดประสิทธิภาพในการดูแล และเกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและพยาบาล ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอย่างยั่งยืน” และจากการศึกษาของ Payne และคณะ (2010) พบว่า ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และศักยภาพที่มีของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว และ

พยาบาลผู้ดูแลเข้าส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองตามบริบทที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยชี้แนะแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อนและง่ายต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิธีการดูแลตนเองได้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตหรือบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ช่วยกำจัดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยได้มีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การฟื้นฟูหรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองนั้น นอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มศักยภาพของตนเองแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง และอยู่อย่างมีสิทธิ์และศักดิ์ศรีในสังคม และยังช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. องค์ประกอบด้านการจัดการกับความปวดและการข้อติดแข็ง มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.01 คิดเป็นร้อยละ 8.55 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.40 - 0.78 จำนวน 11 รายการ

การจัดการกับความปวดและการข้อติดแข็ง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอาการปวดและการข้อติดแข็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินอาการปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง มีการบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวด และร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดและการข้อติดแข็งอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการอาการ มีเป้าหมายหลักเพื่อลดความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานโดยอาจใช้วิธีการทางการแพทย์ วิชาชีพทางด้านสุขภาพ และวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง การจัดการเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์อาการจากการรับรู้ของตัวบุคคล ตามด้วยวิธีการจัดการเพื่อบรรลุลดตามความต้องการหนึ่งหรือหลายผลลัพธ์ การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มักจะต้องการการเปลี่ยนแปลงวิธีการตลอดเวลา (Dodd et al., 2001) ความปวดและการข้อติดแข็งถือเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเสมือนว่าเกิดการบาดเจ็บของร่างกาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย สำหรับอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย แต่จากการศึกษาพบว่าอาการปวดจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาและมากที่สุดในช่วงระยะท้ายหรือผู้ป่วยในระยะประคับประคอง มีผลต่อกระบวนการฟื้นฟู

หายและระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย ซึ่งอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง อาการปวดไหล่ อาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว และอาการปวดท้อง (Treister, Hatch, Cramer, & Chang, 2017) และจากการศึกษาของ Addington-Hall และคณะ (1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากกว่าครึ่งต้องเผชิญกับอาการปวดอย่างมากในช่วงปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตซึ่งวิธีการรักษาของ แพทย์และพยาบาลไม่สามารถจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ดีเท่าที่ควร ส่วนอาการข้อติดแข็งเป็น ความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการที่พบได้ค่อนข้างบ่อย (Watkins et al., 2002) เกิดจากการมี ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจะมีผลต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและ ข้อติดแข็ง โดยภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกิน 7 วัน (Sommerfeld, Gripenstedt, & Welmer, 2012) ซึ่ง จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าความปวดและอาการข้อติดแข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น อุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทำให้ระดับความสามารถของผู้ป่วยลดลง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแล รักษาความสะอาดร่างกาย ส่งผลต่อความสวยงามและภาพลักษณ์ของผู้ป่วย และนำไปสู่การมี คุณภาพชีวิตที่ลดลง (O'Dwyer, Ada, & Neilson, 1996) พยาบาลผู้ให้การดูแลและมีความใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีที่ต้องเผชิญกับความปวดและอาการข้อติดแข็งด้วยการประเมินอาการปวดของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง มี การบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของอาการปวด และร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดและอาการข้อติดแข็งอย่างมีประสิทธิภาพ

4. องค์ประกอบด้านการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง มีค่าความแปรปรวนของตัว ประกอบเท่ากับ 6.31 คิดเป็นร้อยละ 7.69 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่า น้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.43 - 0.74 จำนวน 11 รายการ

การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การที่พยาบาลเป็นตัวกลางในการประสานงาน กับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ปัญหาที่ต้อง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการพัฒนาการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี ประสิทธิภาพ และส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชนตามความเหมาะสม

กระบวนการดูแลและผลลัพธ์การรักษาดูแลที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องเป็นการดูแลที่ ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการดูแลตัวเองที่บ้าน ร่วมกับวางแผน การจำหน่ายอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งสภาการพยาบาล ได้กำหนดให้การจัดการดูแลต่อเนื่องนั้น เป็นมาตรฐานที่ 4 ในข้อที่ 3 ของมาตรฐานการปฏิบัติการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (สภาการพยาบาล, 2551) ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการประเมิน วางแผนการประสานความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้บริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่งหรือจากสถานที่หนึ่ง (อรพรรณ โตสิงห์, 2546) และการเสริมสร้างความรู้ ทักษะให้ชุมชน ด้วยการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการวางแผนการดูแลร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันจากหลายด้าน ผู้ป่วยและญาติหลายคนจึงมีความต้องการกลับไปดูแลต่อเนื่องท่ามกลางครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก บ้านและสภาพแวดล้อมที่ตนเองเคยอาศัย (Payne et al., 2010) เพื่อความสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ อันมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงหมายถึงการที่พยาบาลเป็นตัวกลางในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคม และชุมชนตามความเหมาะสม การให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาในระยะการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเอง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

5. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 6.06 คิดเป็นร้อยละ 7.39 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.48 - 0.72 จำนวน 9 รายการ

การดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การดูแลที่พยาบาลกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ความรู้สึกคับข้องใจ ระบายความรู้สึกด้านลบ บอกปัญหา ความต้องการตามความพร้อมของแต่ละบุคคล ด้วยการรับฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ปลอบโยนเมื่อเสียใจ ให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร

ภาวะสุขภาพจิตที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้แนวคิดของสุขภาพจิตว่าเป็น “สภาวะของบุคคลที่มีการอยู่ดีมีสุขตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดปกติของชีวิต สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี พร้อมทั้งสามารถนำ

ความสามารถเหล่านั้นไปส่งเสริมหรือช่วยเหลือชุมชนของตนเองได้” (Herrman et al., 2005) ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะอยู่ในระยะใด การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบไม่เพียงเฉพาะการทำหน้าที่ทางร่างกายเท่านั้น แต่มีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความเครียดทางอารมณ์สูง สูญเสียพลังอำนาจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดการพึ่งพาคนอื่น ซึ่งภาวะดังเครียดทางอารมณ์ดังกล่าวมีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูหายจากโรคและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติจะมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์มากยิ่งขึ้น สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล มีอารมณ์ที่แปรปรวน และอาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (วชิรา โพธิ์ใส เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ และปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2562) อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Shi, Q และคณะ (2012) พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีอัตราความพิการและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น และจากการศึกษาของวีระชัย จิตภักดี และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 เดือนแรกจะมีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 55.8 ในปัจจุบันนักวิชาการได้ให้ความสนใจจัดโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากผลลัพธ์จากโปรแกรมที่พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวแล้ว สิ่งหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาผลกระทบทางด้านจิตใจนั้นได้ คือความผูกพันและแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว แหล่งประโยชน์จากชุมชนและสังคม (Chun, Carson, Dennis, Mead, & Whiteley, 2018; Knapp et al., 2017) ดังนั้นการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นการที่พยาบาลให้การดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ โดยกระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ระบายความรู้สึกด้านลบ ด้วยการรับฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจปลอบโยนเมื่อเสียใจ ให้ความหวังตามความเป็นจริงและให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้บอกปัญหาความต้องการตามความพร้อมของแต่ละบุคคล

6. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.70 คิดเป็นร้อยละ 5.74 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.43 - 0.75 จำนวน 7 รายการ

การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวสามารถเผชิญและปรับตัวในระยะเวลาของการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ตามความต้องการผ่านสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่ส่งสมมาตลอดอายุขัยหรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ ความเชื่อ ความศรัทธา หลักศาสนาและวัฒนธรรม

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล การดูแลด้านจิตวิญญาณนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกายจิตใจและสังคม ความเชื่อ ศรัทธา วัฒนธรรมและศาสนาที่ถือปฏิบัติ เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจที่ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้ (พินิจ รัตกุล, 2547) ซึ่งการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณอาจนำไปสู่ความคิดและความรู้สึกที่ทำให้แสดงพฤติกรรมเป็นไปในทางลบ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ และเกิดความทุกข์ตามมา สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความแข็งแกร่งทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองกระบวนการฟื้นฟู รวมไปถึงการยอมรับและการปรับตัวต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Giaquinto, Spiridigliozzi, & Caracciolo, 2007) ซึ่งจากการศึกษาของ de la Mare (2005) และ Burton และคณะ (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติและการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารให้พยาบาลหรือบุคคลรอบข้างเข้าใจถึงความต้องการได้ (Holloway et al., 2010) อีกทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการให้ความสำคัญกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว (Kendall et al., 2018) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ซึ่งแนวทางการด้านจิตวิญญาณของ โอไบรอัน (2010) ซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่กล่าวถึง ความเชื่อของบุคคลในการค้นพบความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ขณะเกิดการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่า “มนุษย์ทุกคนมีความเป็นธรรมชาติพอ ๆ กันในตัวเองทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมและยังมีความเป็น

จิตวิญญาณที่ทำให้มนุษย์สามารถที่จะก้าวข้ามหรือสามารถที่จะยอมรับกับสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วยจะสูญเสียความสามารถหรือบกพร่องในการทำหน้าที่ทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณทำให้เกิดความหวาดหวั่นไม่มั่นใจในความเชื่อความศรัทธาหรือสิ่งที่ให้ความหมายให้คุณค่ากับชีวิตที่เคยมีมาก่อนหน้า จึงมีความต้องการที่จะค้นหาความหมาย โดยมีพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ช่วยให้ได้ค้นพบความหมาย และเมื่อค้นพบหรือได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ก็จะทำให้บุคคลมีจุดมุ่งหมายสามารถยอมรับและเอาชนะอุปสรรคจนเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณได้แม้ในขณะที่เจ็บป่วย” ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีคุณค่าในตนเอง การดูแลจิตวิญญาณจึงเป็นการดูแลที่พยาบาลส่งเสริมเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติสอดคล้องกับความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความศรัทธา บริบทของวัฒนธรรม และหลักศาสนา (Yang & Yeh, 2012) โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญและปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมในทุกระยะของการเจ็บป่วย

7. องค์ประกอบด้านการดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.31 คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.52 - 0.72 จำนวน 6 รายการ

การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วยทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนำไปสู่การพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แย่ลง จากการศึกษาของ Creutzfeldt CJ และคณะ (2012) พบว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวรวมไปถึงระยะของการดูแลแบบประคับประคอง คือ อาการเหนื่อยล้า อาการข้อติดแข็ง มีปัญหาการกลืนลำบาก มีความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก ภาวะกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ และมีปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันนักวิชาการได้ให้ความสนใจจัดโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลและองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อแก้ไขและลดภาวะแทรกซ้อนของปัญหาดังกล่าวมากมาย แต่เหนือสิ่งอื่นใดการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนทางด้าน

ร่างกายหรือลดความรุนแรงของปัญหาตั้งแต่แรกเริ่มนับว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการป้องกันการเกิดความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละรายเกี่ยวกับผลกระทบที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ มีการประเมินข้อมูลที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะเผชิญกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกันออกไป และนำข้อมูลเหล่านั้นมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของผู้ป่วย ด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วยทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Lutz & Green, 2016)

8. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.25 คิดเป็นร้อยละ 3.96 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.46 - 0.65 จำนวน 5 รายการ

การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล หมายถึง การที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน

ปัจจุบันโลกของการสื่อสารที่ไร้พรมแดน ทำให้ประชาชนและผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว จึงเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค และมีคุณภาพ (สำนักงานพยาบาล, 2551) การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญ และมีผลต่อการดำรงชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะงานที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ศาสตร์ทางการพยาบาลให้ความสำคัญต่อการสื่อสารเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล และเป็นกระบวนการที่มีผลต่อคุณภาพและความสำเร็จของการพยาบาล เกิดจากการมีทัศนคติและเนื้อหาการสื่อสารที่ดี ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลแต่รวมไปถึงการเยียวยาที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ก้าวข้ามผ่านความทุกข์ที่มีผ่านกระบวนการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลจากความบกพร่องด้านการสื่อสารที่พบบ่อยในการสื่อสารของพยาบาล และผู้ให้บริการทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ ได้แก่ การขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การพูดให้ข้อมูลมากเกินไป (หรือน้อยเกินไป) การไม่เข้าใจในปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสื่อสารทางเดียวกับผู้ป่วย การไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย และการชี้แนะเพื่อแก้ไข

ปัญหาให้กับผู้ป่วย (อัมภา ศรารัตน์, 2557) การสื่อสารในกระบวนการพยาบาลที่ดี ควรยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนอกจากปรับใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมิน การเฝ้าระวังการวางแผน การประเมินผลแล้ว ควรฝึกการปฏิบัติการเปิดโอกาส หรือการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ ควรมุ่งมั่นในการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการโดยเฉพาะการยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่จะคิด แสวงหา และใช้ความรู้ ตัดสินใจและเลือกการกระทำ จากการศึกษาของ Kendall และคณะ (2018) พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว มีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูหาย ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และการตัดสินใจเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง และการศึกษาของ Even และคณะ (2009) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่เปิดเผยและตรงกับความเป็นจริงจากทีมผู้ดูแล แต่ด้วยภาระงานของพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต ทำให้ภาพที่ปรากฏต่อสายตาของผู้ป่วยและครอบครัวคือ พยาบาลมีภาระงานมาก ยุ่งตลอดเวลา ไม่มีช่องทางให้ถามอาการของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้จึงเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลจากญาติโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม

9. องค์ประกอบด้านการเฝ้าอำนวยความสะดวกในระบบบริการ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.02 คิดเป็นร้อยละ 3.68 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.51 - 0.62 จำนวน 4 รายการ

การเฝ้าอำนวยความสะดวกในระบบบริการ หมายถึง การบริหารจัดการและประสานงานของพยาบาล เพื่อบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือและประสานงานในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิถีชีวิตและกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลาใกล้เคียงกับปกติ ถือเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา อันสะท้อนให้เห็นถึงการปรับสมดุลในการทำหน้าที่ของบุคคลและครอบครัว (ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวปรารถนาไม่ว่าจะเผชิญกับภาวะใด ๆ ผลกระทบจากที่เกิดจากความไม่ลงตัวของปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะส่งผลให้การเจ็บป่วยทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ การอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติ และครอบครัว ในระยะ

ของการดูแลแบบประคับประคองตามความเหมาะสม ถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและไม่ควรมองข้าม ด้วยการสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตปกติที่เคยผ่านมา แนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติได้ คลายความวิตกกังวล การอนุญาตให้เฝ้าตลอดเวลาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต การเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาขัดแย้งด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาหรือกรณีที่มีช่องว่างในการสื่อสารเพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลและรักษาอันแสดงถึงความเอาใจใส่ที่มีต่อผู้ป่วยและญาติครอบครัว อันจะบรรเทาผลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจ อันจะมีผลช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ที่กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองต้องมีความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย มีปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและการเอื้ออำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสุขสบายของผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน มีความต่อเนื่องในการดูแล และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของปฐมวดี สิงห์ทอง (2554) ที่กล่าวว่า การเอื้ออำนวยความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คือการช่วยให้ครอบครัวได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่น แนะนำแหล่งช่วยเหลือภายนอกโรงพยาบาล การจัดสรรสถานที่พักผ่อนหย่อนใจผ่อนคลายจากความเครียด เพื่อบรรเทาผลต่อจิตใจ และการเอื้ออำนวยความสะดวกด้านปัจจัยพื้นฐาน เช่น แนะนำทิศทางของห้องน้ำ สถานที่จำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น ข้อมูลสถานที่พักรอเยี่ยมอย่างเป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

10. องค์ประกอบด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 2.75 คิดเป็นร้อยละ 3.35 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.71- 0.72 จำนวน 3 รายการ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง การดูแลของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ และการเลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพในการลดแรงกดทับและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

แผลกดทับเป็นตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพของการพยาบาล การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับต้องอาศัยการจัดการในหลาย ๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพของโรคและการดำเนินโรคที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสและความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น (Bereded, Salih, & Abebe, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะของการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง เกิดจากการนอนทับและเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเป็นผลให้เกิดแรงกดสูง ๆ เป็นเวลานาน เลือดไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวได้ไม่สะดวกจนทำให้มีเนื้อตายและผิวหนังถลอก (นวพร ชัชวาลพาณิชย์, 2550) ร่วมกับแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับการเสียดสีกับผ้าปูที่นอนที่ไม่เรียบ มีรอยย่น และการเปียกชื้นที่เกิดจากน้ำ เหงื่อปัสสาวะและอุจจาระทำให้มีแผลเกิดขึ้นในเวลาต่อมา ซึ่งเมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นแล้วมีส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูและหายและความยุ่งยากของการจัดการที่ยาวนานมากขึ้น ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานมากขึ้น และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นการดูแลที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้นำองค์ประกอบของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก สอดคล้องกับยุวดี เกตสัมพันธ์ (2552) และจิณพิชญชา มะมม (2555) ที่ได้เสนอแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คือ 1) ประเมินและจัดสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย 2) การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 3) ประเมินสีผิว อุณหภูมิ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 4) ใช้ผ้ารองตัวผู้ป่วย เมื่อยกตัวหรือเปลี่ยนท่าเพื่อลดการเสียดสี 5) ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับ เช่น ที่นอนเตียงลม หมอน เป็นต้น 6) ผ้าปูที่นอนต้องสะอาด แห้ง ฟูให้ตึง 7) หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดงเพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่นวดลดลง 8) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย โดยผู้ดูแลควรช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย 9) ดูแลภาวะโภชนาการและสารน้ำ ให้อาหารที่มีพลังงานสูง วิตามินและโปรตีนช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ (ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการให้สารน้ำสารอาหาร) 10) ทำความสะอาดร่างกาย หลีกเลี่ยงสบู่ที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ควรใช้โลชั่นหรือครีมทาผิว เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง 11) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งด้วยความนุ่มนวล

และขับให้แห้ง 12) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ และการป้องกัน ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองจึงหมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอันประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การกระตุ้นผู้ป่วยและญาติให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพในการลดแรงกดทับและส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

11. องค์ประกอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.90 คิดเป็นร้อยละ 2.32 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.60 - 0.70 จำนวน 3 รายการ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านสื่อสาร หมายถึง การดูแลของพยาบาลในช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อันประกอบด้วย การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และการสนทนากับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถสื่อสารและบอกในสิ่งที่ตนเองต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความบกพร่องที่พบใน 2 ลักษณะ คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (Receptive or Sensory Aphasia) และไม่สามารถสื่อสารภาษาได้ (Motor or Expressive Aphasia) ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดซ้ำ สื่อสารกับผู้อื่นลำบากมากขึ้น และไม่กล้าที่จะสื่อสารให้เข้าใจในความต้องการของตนเองหรืออาจมีปัญหาด้านการรับรู้ ฟังคนอื่นไม่เข้าใจ (Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, O., 2010; น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Chahine และคณะ (2008) และ Mazzocato และคณะ (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองต้องเผชิญกับปัญหาการสื่อสารลำบาก ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความหมายในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง และท้อแท้ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใกล้ชิดที่สุดจึงมีบทบาทที่สำคัญในการร่วมวางแผนและประสานผู้เชี่ยวชาญ (นักอรรถบำบัด) ในการร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความต้องการทั้งด้านข้อมูล กระบวนการรักษาต่าง ๆ เพื่อจะสามารถกลับสู่ปกติให้เร็วที่สุด สำหรับการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ร่วมสนทนาควรเข้าไปในสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วยและไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย เลือกใช้รูปแบบประโยคที่สั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน

ในการสื่อสาร ควรถามทีละคำถาม ไม่คาดหวังคำตอบเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่ายได้ (Godecke et al., 2016) ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการสื่อสารได้ใช้ชีวิตอย่างอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข พยาบาลต้องมีการประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักการพยาบาลในแก้ไขปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนะนำให้ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องมีการสนทนากับผู้ป่วยเพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียงอย่างสม่ำเสมอ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นความเห็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในมุมมองของพยาบาล และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีความแตกต่างนำไปผลศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่แตกต่างกัน
2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 10.49 ของประชากรทั้งหมด การนำผลการศึกษาไปใช้ต้องพิจารณาบริบทของหน่วยงานร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ การดูแลระยะสุดท้าย การมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายของการดูแล การจัดการกับความปวดและอาการข้อติดแข็ง การส่งต่อและระบบการดูแลต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลจิตวิญญาณ การดูแลความผิดปกติด้านร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การเอื้ออำนวยความสะดวกในระบบบริการ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานได้
2. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุม และตอบสนองความต้องการในทุกมิติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน
3. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและพัฒนางานวิจัยในการส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ด้านวิชาการนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *List disease of Palliative care and Functional unit*. นนทบุรี: อาร์ต คอพลิฟท์ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กฤษณา ปิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ กองบริหารการสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://opendata.moph.go.th/fopd/dataHospital2561.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2561*. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา วิทยายุมาศ. (2530). *การวิจัยเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบบในงานวิจัย*. ใน ประพัฒน์ จำปาไทย (Ed.), *รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.
- คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

- จอนณะจ พึ่งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 100-108.
- จิณพิชญชา มะมม. (2555). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20(5), 478-490.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). การวิจัยแบบอนาคต EDFR. ใน ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), *รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.
- เจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2558). โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 14(3), 146-152.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัย และการจัดการทางการพยาบาล*.
ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซต.
- ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. (2555). การวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย: การใช้มติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก. *วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*, 7(18), 1-13.
- ชุดิกาญจน์ หลุ่ย, ศิริมา สีสรวงศ์, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และโสภณัฐ สุวรรณเกษาวงษ์. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.
- ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 44(1), 1-16.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2554). *สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2547). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. ใน ลักษมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- ธีระดา ภิญโญ. (2555). *เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 1)*.
กรุงเทพมหานคร: เพ็ญข้าหลวง พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2553). *ชุดวิชา 21701 การวิจัยหลักสูตรและการเรียนการสอน หน่วยที่ 10 สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณ: สถิติบรรยายและสถิติพาราเมตริก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นพพร ชัชวาลพาณิชย์. (2550). ภาวะถดถอยจากการนอนนาน ๆ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส จำกัด.

- น้อมจิตต์ นวลเนตร. (2545). *อัมพาตครึ่งซีก: ท่านสามารถช่วยเขาได้*. กรุงเทพมหานคร: เอ็มไทรดดิ้ง.
- น้ำผึ้ง มีศีล. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย: การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(1), 1256-1267.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2552). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุกูล ตะบูนพงศ์, ซอลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิระยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14(4), 2-10.
- บุญใจ ศรีสถิตนารากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปฐมวดี สิงห์ตง. (2554). *การศึกษาองค์ประกอบการดูแลรอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ปัทมิตา นิกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และธิดารัตน์ จันทรา. (2559). การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(1), 128-141.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดา เบญจการ. (2539). *การวิเคราะห์ห่อถักมานปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พินิจ รัตตกุล. (2547). จิตวิญญาณ : มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(1), 3-9.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มณฑล ว่องวันดี. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2557). *การวิเคราะห์สถิติหลายตัวแปรสำหรับงานวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2552). *การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอฟเฟคต์สตูดิโอ.
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เผยคนไทยป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1. เข้าถึงได้จาก <https://www.registration-master.net/rcpt-people/content/4>
- เริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง และสมลักษณ์ เทพสุรียานนท์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 103-112.
- วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2562). กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *รามาริบดีเวชสาร*, 42(2), 1-11.
- วันเพ็ญ วิโรจน์เจริญวงศ์, มณเฑียร รัตนศิริวงศ์วุฒิ และมนต์ชัย เทียนทอง. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจการรับรู้ความสามารถของตนเองทางด้านคอมพิวเตอร์. *วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 5*, 82-95.
- วิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 33-43.
- วิภา บำเรอจิตร. (2542). อัตราการตอบกลับขั้นต่ำของแบบสอบถามทางไปรษณีย์ซึ่งตอบด้วยความจริงใจที่ทำให้ตัวประมาณค่าไม่ลำเอียง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง. (2541). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วีระชัย จิตภักดี, สมรักษ์ สันติเบญจกุล และกฤษณา พิรเวช. (2560). ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และผลต่อการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(2), 233-247.
- ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2557). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 84-93.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการรักษาทางทันต-กรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2551). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.tnc.or.th/law/page-6.html>.
- สมคิด อุ่นเสมอธรรม. (2551). ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2546). หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างมีความหวัง. ใน สมบัติ ตีระประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อระยะสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>
- สุกัญญา ทองบุผา และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). โปรแกรมการฝึกทักษะการบริหารจัดการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พร้อมการรู้คิด: ทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 38(2), 124-131.
- สุดศิริ หิรัญขุนเห. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภามาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนีกุล ภิญญานันท์. (2551). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL*. กรุงเทพมหานคร: มีสชั่น มีเดีย.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรฉัตร โตษยานนท์. (2539). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟูเล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทคนิค.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2546). การดูแลอย่างต่อเนื่องและบทบาทของพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิด และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อัญชลี ไชยวงศ์น้อย. (2557). *ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อัมภา ศรารัษฎ์. (2557). การสื่อสารในงานบริการพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(2), 1-5.

ภาษาต่างประเทศ

- Adams, H. P. (2004). Effective Prophylaxis for Deep Vein Thrombosis After Stroke. *Stroke*, 35(12), 2911-2912. doi:doi:10.1161/01.STR.0000147720.27350.09
- Addington-Hall, J., Lay, M., Altmann, D., & McCarthy, M. (1995). Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends, and officials. *Stroke*, 26(12), 2242-2248.
- Al-Qazzaz, N. K., Ali, S. H., Ahmad, S. A., Islam, S., & Mohamad, K. (2014). Cognitive impairment and memory dysfunction after a stroke diagnosis: a post-stroke memory assessment. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 1677-1691. doi:10.2147/ndt.S67184
- Alberts, M., Lin, J. H., Chen, Y.-W., Kogan, E., Twyman, K., Deshmukh, S., & Milentijevic, D. (2018). INITIAL STROKE SEVERITY IS A CRUCIAL PREDICTOR FOR HEMORRHAGIC STROKE- AND ISCHEMIC STROKE-RELATED MORTALITY. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(11 Supplement), A1900. doi:10.1016/S0735-1097(18)32441-0
- Alchanatis, M., Deligiorgis, N., Zias, N., Amfilochiou, A., Gotsis, E., Karakatsani, A., & Papadimitriou, A. (2004). Frontal brain lobe impairment in obstructive sleep apnoea: a proton MR spectroscopy study. *European Respiratory Journal*, 24(6), 980-986. doi:10.1183/09031936.04.00127603
- Alonso, A., Ebert, A. D., Dörr, D., Buchheidt, D., Hennerici, M. G., & Szabo, K. (2016). End-of-life decisions in acute stroke patients: an observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15, 38. doi:10.1186/s12904-016-0113-8

- Alvarez-Sabin, J., & Roman, G. C. (2011). Citicoline in vascular cognitive impairment and vascular dementia after stroke. *Stroke*, 42(1 Suppl), S40-43.
doi:10.1161/strokeaha.110.606509
- American Heart Association. (2019). Heart disease and stroke statistic 2018. Retrieved from <http://www.americanheart.org/presenter.Jhtml>
- Bader, M. K., & Palmer, S. (2006). What's the "hyper" in hyperacute stroke? Strategies to improve outcomes in ischemic stroke patients presenting within 6 hours. *AACN Adv Crit Care*, 17(2), 194-214.
- Bassetti, C., & Aldrich, M. S. (1999). Sleep apnea in acute cerebrovascular diseases: final report on 128 patients. *Sleep*, 22(2), 217-223. doi:10.1093/sleep/22.2.217
- Bereded, D. T., Salih, M. H., & Abebe, A. E. (2018). Prevalence and risk factors of pressure ulcer in hospitalized adult patients; a single center study from Ethiopia. *BMC Res Notes*, 11(1), 847. doi:10.1186/s13104-018-3948-7
- Blacquiere, D., Bhimji, K., Meggison, H., Sinclair, J., & Sharma, M. (2013). Satisfaction with palliative care after stroke: a prospective cohort study. *Stroke*, 44(9), 2617-2619. doi:10.1161/strokeaha.113.001992
- Blacquiere, D. P. V., Gubitz, G. J., Dupere, D., McLeod, D., & Phillips, S. (2009). Evaluating an Organized Palliative Care Approach in Patients with Severe Stroke. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques*, 36(6), 731-734. doi:10.1017/S0317167100008349
- Bladin, C. F., Alexandrov, A. V., Bellavance, A., Bornstein, N., Chambers, B., Cote, R., . . . Norris, J. W. (2000). Seizures after stroke: a prospective multicenter study. *Arch Neurol*, 57(11), 1617-1622.
- Blokdyk, G. (2019). *Factor Analysis A Complete Guide - 2019 Edition*: 5STARCook.
- Bogason, E., Morrison, K., Zalatimo, O., Ermak, D. M., Lehman, E., Markley, E., & Cockroft, K. (2017). Urinary Tract Infections in Hospitalized Ischemic Stroke Patients: Source and Impact on Outcome. *Cureus*, 9(2), e1014-e1014. doi:10.7759/cureus.1014
- Brittain, K. R., Peet, S. M., & Castleden, C. M. (1998). Stroke and Incontinence. *Stroke*, 29(2), 524-528. doi:10.1161/01.STR.29.2.524

- Bronnum-Hansen, H., Davidsen, M., & Thorvaldsen, P. (2001). Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke*, 32(9), 2131-2136.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*: Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization* (Vol. 5th ed.): St. Louis, Mo. : Elsevier/Saunders, c2005.
- Burton, C. R., & Payne, S. (2012). Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliative Care*, 11(1), 22. doi:10.1186/1472-684X-11-22
- Burton, C. R., Payne, S., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2010). The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing*, 39(5), 554-559. doi:10.1093/ageing/afq077
- Chahine, L. M., Malik, B., & Davis, M. (2008). Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *Eur J Neurol*, 15(12), 1265-1272. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02319.x
- Chun, H.-Y. Y., Carson, A. J., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Whiteley, W. N. (2018). Treating anxiety after stroke (TASK): the feasibility phase of a novel web-enabled randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1), 139. doi:10.1186/s40814-018-0329-x
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2013). *First course in factor analysis*. Switzerland, Europe: Taylor and Francis.
- Cowey, E., Smith, L. N., Stott, D. J., McAlpine, C. H., Mead, G. E., Barber, M., & Walters, M. (2015). Impact of a clinical pathway on end-of-life care following stroke: a mixed methods study. *Palliat Med*, 29(3), 249-259. doi:10.1177/0269216314551378
- Creutzfeldt, C. J. (2009). Palliative Care and the Acute Stroke Patient. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11(3), 141-143. doi:10.1097/NJH.0b013e3181a81aeb
- Creutzfeldt, C. J., Holloway, R. G., & Curtis, J. R. (2015). Palliative Care: A Core Competency for Stroke Neurologists: -- Acute Stroke Palliative Care. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 46(9), 2714-2719. doi:10.1161/STROKEAHA.115.008224

- Creutzfeldt, C. J., Holloway, R. G., & Walker, M. (2012). Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *J Gen Intern Med*, 27(7), 853-860. doi:10.1007/s11606-011-1966-4
- Cumming, T. B., Marshall, R. S., & Lazar, R. M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int J Stroke*, 8(1), 38-45. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00972.x
- Dalkey, N. (1969). An experimental study of group opinion: The Delphi method. *Futures*, 1(5), 408-426. doi:https://doi.org/10.1016/S0016-3287(69)80025-X
- Dawson, B., & Trapp, R. G. (2001). *Basic & Clinical Biostatistics*: Lange Medical Books-McGraw-Hill.
- de Boer, M. E., Depla, M., Wojtkowiak, J., Visser, M. C., Widdershoven, G. A., Francke, A. L., & Hertogh, C. M. (2015). Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. *Palliat Med*, 29(5), 451-457. doi:10.1177/0269216314563427
- de Coster, L., Leentjens, A. F., Lodder, J., & Verhey, F. R. (2005). The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: a discriminant analytic approach. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(4), 358-362. doi:10.1002/gps.1290
- De Groot, M. H., Phillips, S. J., & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(11), 1714-1720.
- de la Mare, B. (2005). The experience of stroke and the life of the Spirit. *Medical Humanities*, 31(2), 105-108. doi:10.1136/jmh.2005.000216
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and Applications*: SAGE Publications.
- Dilorio, C., & Price, M. E. (1990). Swallowing: an assessment guide. *Am J Nurs*, 90(7), 38-41.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- duPreez, A. E., Smith, M. A., Liou, J. I., Frytak, J. R., Finch, M. D., Cleary, J. F., & Kind, A. J. (2008). Predictors of hospice utilization among acute stroke patients who died within thirty days. *J Palliat Med*, 11(9), 1249-1257. doi:10.1089/jpm.2008.0124

- Dy, S. M., & Feldman, D. R. (2012). Palliative Care and Rehabilitation for Stroke Survivors: Managing Symptoms and Burden, Maximizing Function. *J Gen Intern Med*, 27(7), 760-762. doi:10.1007/s11606-012-2054-0
- Eastman, P., McCarthy, G., Brand, C. A., Weir, L., Gorelik, A., & Le, B. (2013). Who, why and when: stroke care unit patients seen by a palliative care service within a large metropolitan teaching hospital. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(1), 77-83. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000331
- Ekker, M. S., Boot, E. M., Singhal, A. B., Tan, K. S., Debette, S., Tuladhar, A. M., & de Leeuw, F. E. (2018). Epidemiology, aetiology, and management of ischaemic stroke in young adults. *Lancet Neurol*, 17(9), 790-801. doi:10.1016/s1474-4422(18)30233-3
- Eriksson, H., Andersson, G., Olsson, L., Milberg, A., & Friedrichsen, M. (2014). Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: a qualitative interview study with team members on stroke units in Sweden. *J Neurosci Nurs*, 46(3), 162-170. doi:10.1097/jnn.0000000000000049
- Eriksson, H., Milberg, A., Hjelm, K., & Friedrichsen, M. (2016). End of Life Care for Patients Dying of Stroke: A Comparative Registry Study of Stroke and Cancer. *PLoS One*, 11(2), e0147694. doi:10.1371/journal.pone.0147694
- Finch, W. H. (2019). *Exploratory Factor Analysis*: SAGE Publications.
- Francisco, G. E., & McGuire, J. R. (2012). Poststroke Spasticity Management. *Stroke*, 43(11), 3132-3136. doi:doi:10.1161/STROKEAHA.111.639831
- Gardiner, C., Harrison, M., Ryan, T., & Jones, A. (2013). Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: a qualitative study. *Palliat Med*, 27(9), 855-860. doi:10.1177/0269216313483846
- Giacobbe, P., & Flint, A. (2007). Pharmacological treatment of post-stroke pathological laughing and crying. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 32(5), 384-384.
- Giaquinto, S., Spiridigliozzi, C., & Caracciolo, B. (2007). Can faith protect from emotional distress after stroke? *Stroke*, 38(3), 993-997. doi:10.1161/01.Str.0000257996.26950.59

- Glen Gillen, E. D. O. T. R. F. (2015). *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach*: Elsevier Health Sciences.
- Godecke, E., Armstrong, E. A., Rai, T., Middleton, S., Ciccone, N., Whitworth, A., . . . Bernhardt, J. (2016). A randomized controlled trial of very early rehabilitation in speech after stroke. *Int J Stroke*, 11(5), 586-592. doi:10.1177/1747493016641116
- Gorelick, P. B., Scuteri, A., Black, S. E., Decarli, C., Greenberg, S. M., Iadecola, C., . . . Seshadri, S. (2011). Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 42(9), 2672-2713. doi:10.1161/STR.0b013e3182299496
- Gott, M., Gardiner, C., Ryan, T., Parker, C., Noble, B., & Ingleton, C. (2013). Prevalence and predictors of transition to a palliative care approach among hospital inpatients in England. *J Palliat Care*, 29(3), 147-153.
- Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Morrison, M., Cho, E., & Morrison, R. S. (2010). Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med*, 17(11), 1253-1257. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00907.x
- Hair, J. F., Black, W. C., & Babin, B. J. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*: Pearson Education.
- Henry, J. L., Lalloo, C., & Yashpal, K. (2008). Central poststroke pain: an abstruse outcome. *Pain Res Manag*, 13(1), 41-49. doi:10.1155/2008/754260
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393-416. doi:10.1177/0013164405282485
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., Health, W. H. O. D. o. M., Abuse, S., Organization, W. H., . . . Melbourne, U. o. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*: World Health Organization.
- Hickey, J. V. (2003). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.

- Holloway, R. G., Arnold, R. M., Creutzfeldt, C. J., Lewis, E. F., Lutz, B. J., McCann, R. M., . . . Zorowitz, R. D. (2014). Palliative and End-of-Life Care in Stroke. *Stroke*, 45(6), 1887-1916. doi:doi:10.1161/STR.0000000000000015
- Holloway, R. G., Arnold, R. M., Creutzfeldt, C. J., Lewis, E. F., Lutz, B. J., McCann, R. M., . . . Zorowitz, R. D. (2014). Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(6), 1887-1916. doi:10.1161/str.0000000000000015
- Holloway, R. G., Ladwig, S., Robb, J., Kelly, A., Nielsen, E., & Quill, T. E. (2010). Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *J Palliat Med*, 13(4), 407-412. doi:10.1089/jpm.2009.0278
- Jack, C., Jones, L., Jack, B. A., Gambles, M., Murphy, D., & Ellershaw, J. E. (2004). Towards a good death: the impact of the care of the dying pathway in an acute stroke unit. *Age Ageing*, 33(6), 625-626. doi:10.1093/ageing/afh194
- Jeffries, C., Shipman, C., & Wee, B. (2011). What is good end of life care after stroke? *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 228-229. doi:10.1136/bmjspcare-2011-000105.72
- Jevon, P. (2009). *Care of the Dying and Deceased Patient: A Practical Guide for Nurses*: Wiley.
- Jokinen, H., Melkas, S., Ylikoski, R., Pohjasvaara, T., Kaste, M., Erkinjuntti, T., & Hietanen, M. (2015). Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. *Eur J Neurol*, 22(9), 1288-1294. doi:10.1111/ene.12743
- Jonsson, A. C., Lindgren, I., Hallstrom, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2006). Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77(5), 590-595. doi:10.1136/jnnp.2005.079145
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., & Magidson, J. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*: Abt Books.
- Kaneko, Y., Hajek, V. E., Zivanovic, V., Raboud, J., & Bradley, T. D. (2003). Relationship of sleep apnea to functional capacity and length of hospitalization following stroke. *Sleep*, 26(3), 293-297. doi:10.1093/sleep/26.3.293

- Kappelle, L. J. (2011). Preventing deep vein thrombosis after stroke: strategies and recommendations. *Current treatment options in neurology*, 13(6), 629-635. doi:10.1007/s11940-011-0147-4
- Kendall, M., Cowey, E., Mead, G., Barber, M., McAlpine, C., Stott, D. J., . . . Murray, S. A. (2018). Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *Cmaj*, 190(9), E238-e246. doi:10.1503/cmaj.170604
- Khan, M. T., Ikram, A., Saeed, O., Afridi, T., Sila, C. A., Smith, M. S., . . . Shuaib, A. (2017). Deep Vein Thrombosis in Acute Stroke - A Systemic Review of the Literature. *Cureus*, 9(12), e1982-e1982. doi:10.7759/cureus.1982
- Kim, J., & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis: statistical methods and practical issues*: Sage Publications.
- King, I. M. (1992). King's Theory of Goal Attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 19-26. doi:10.1177/089431849200500107
- Knapp, P., Campbell Burton, C. A., Holmes, J., Murray, J., Gillespie, D., Lightbody, C. E., . . . Lewis, S. R. (2017). Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD008860.pub3
- Koennecke, H. C., Belz, W., Berfelde, D., Endres, M., Fitzek, S., Hamilton, F., . . . Heuschmann, P. U. (2011). Factors influencing in-hospital mortality and morbidity in patients treated on a stroke unit. *Neurology*, 77(10), 965-972. doi:10.1212/WNL.0b013e31822dc795
- Kutlubayev, M. A., Shenkin, S. D., Farrall, A. J., Duncan, F. H., Lewis, S. J., Greig, C. A., . . . Mead, G. E. (2013). CT and Clinical Predictors of Fatigue at One Month after Stroke. *Cerebrovasc Dis Extra*, 3(1), 26-34. doi:10.1159/000347113
- Lakshminarayan, K., Tsai, A. W., Tong, X., Vazquez, G., Peacock, J. M., George, M. G., . . . Anderson, D. C. (2010). Utility of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. *Stroke*, 41(12), 2849-2854. doi:10.1161/strokeaha.110.597039
- Lefkowitz, D., LaBenz, M., Nudo, S. R., Steg, R. E., & Bertoni, J. M. (1999). Hyperacute Ischemic Stroke Missed by Diffusion-Weighted Imaging. *American Journal of Neuroradiology*, 20(10), 1871.

- Lincoln, N. B., Kneebone, I. I., Macniven, J. A. B., & Morris, R. C. (2012). *Psychological management of stroke*: Wiley-Blackwell.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi method: techniques and applications*: Addison-Wesley Pub. Co., Advanced Book Program.
- Lutz, B. J., & Green, T. (2016). Nursing's Role in Addressing Palliative Care Needs of Stroke Patients. *Stroke*, 47(12), e263-e265. doi:10.1161/strokeaha.116.013282
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. doi:10.1037/1082-989X.4.1.84
- Macmillan, T. T. (1971). *The Delphi technique*. Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. : Monterey: California.
- Macnee, C. L., & McCabe, S. (2008). *Understanding Nursing Research: Using Research in Evidence-based Practice*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Malhotra, S., Cousins, E., Ward, A., Day, C., Jones, P., Roffe, C., & Pandyan, A. (2008). An investigation into the agreement between clinical, biomechanical and neurophysiological measures of spasticity. *Clin Rehabil*, 22(12), 1105-1115. doi:10.1177/0269215508095089
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
- Mazzocato, C., Michel-Nemitz, J., Anwar, D., & Michel, P. (2010). The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital. *Eur J Neurol*, 17(1), 73-77. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02744.x
- McDonald, R. P. (1985). *Factor Analysis and Related Methods*: Lawrence Erlbaum Associates.
- McManus, J., Pathansali, R., Hassan, H., Ouldred, E., Cooper, D., Stewart, R., . . . Jackson, S. (2009). The course of delirium in acute stroke. *Age Ageing*, 38(4), 385-389. doi:10.1093/ageing/afp038

- Mittal, S. H., & Goel, D. (2017). Mortality in ischemic stroke score: A predictive score of mortality for acute ischemic stroke. *Brain Circ*, 3(1), 29-34. doi:10.4103/2394-8108.203256
- Molidor, S., Overbaugh, K. J., James, D., & White, C. L. (2018). Palliative Care and Stroke: An Integrative Review of the Literature. *J Hosp Palliat Nurs*, 20(4), 358-367. doi:10.1097/njh.0000000000000450
- Monga, T. N., Lawson, J. S., & Inglis, J. (1986). Sexual dysfunction in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 67(1), 19-22.
- Murry, J. W., & Hammons, J. O. (1995). Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research. *The Review of Higher Education*, 18(4), 423-436. doi:10.1353/rhe.1995.0008
- Myint, P. K., Staufenberg, E. F., & Sabanathan, K. (2006). Post-stroke seizure and post-stroke epilepsy. *Postgrad Med J*, 82(971), 568-572. doi:10.1136/pgmj.2005.041426
- Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2010). Post-stroke pain on long-term follow-up: the Bergen stroke study. *J Neurol*, 257(9), 1446-1452. doi:10.1007/s00415-010-5539-y
- Ntlholang, O., Walsh, S., Bradley, D., & Harbison, J. (2016). Identifying palliative care issues in inpatients dying following stroke. *Ir J Med Sci*, 185(3), 741-744. doi:10.1007/s11845-015-1290-9
- O'Brien, M. E. (2010). *Spirituality in Nursing*: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- O'Dwyer, N. J., Ada, L., & Neilson, P. D. (1996). Spasticity and muscle contracture following stroke. *Brain*, 119 (Pt 5), 1737-1749. doi:10.1093/brain/119.5.1737
- Oladiji, J. O., Akinbo, S. R., Aina, O. F., & Aiyejusunle, C. B. (2009). Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 12(1), 47-51.
- Ong, C.-T., Sung, S.-F., Wong, Y.-S., Wu, C.-S., Hsu, Y.-C., Su, Y.-H., . . . Hung, L.-C. (2016). Risk Factors for In-Hospital Mortality among Ischemic Stroke Patients in Southern Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 86-90.
- Osborne, J. W. (2014). *Best Practices in Exploratory Factor Analysis*: CreateSpace Independent Publishing Platform.

- Parry-Jones, A. R., Paley, L., Bray, B. D., Hoffman, A. M., James, M., Cloud, G. C., . . .
Rudd, A. G. (2016). Care-limiting decisions in acute stroke and association with survival: analyses of UK national quality register data. *Int J Stroke*, 11(3), 321-331. doi:10.1177/1747493015620806
- Patel, M. D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age Ageing*, 36(3), 316-322. doi:10.1093/ageing/afm014
- Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2010). End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliat Med*, 24(2), 146-153. doi:10.1177/0269216309350252
- Phan, T. G., Clissold, B., Ly, J., Ma, H., Moran, C., & Srikanth, V. (2016). Stroke Severity and Comorbidity Index for Prediction of Mortality after Ischemic Stroke from the Virtual International Stroke Trials Archive-Acute Collaboration. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 25(4), 835-842. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.016
- Pieper, B., Langemo, D., & Cuddigan, J. (2009). Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy Wound Manage*, 55(2), 16-31.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Havens, H., & Tormoehlen, K. (2008). Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western journal of nursing research*, 30(5), 606-619. doi:10.1177/0193945907310560
- Poisson, S. N., Johnston, S. C., & Josephson, S. A. (2010). Urinary tract infections complicating stroke: mechanisms, consequences, and possible solutions. *Stroke*, 41(4), e180-184. doi:10.1161/strokeaha.109.576413
- Polit, D., Polit, D. F., & Lake, E. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research / Denise F. Polit* (Vol. 2nd ed): Boston : Pearson, c2010.
- Racosta, J. M., Di Guglielmo, F., Klein, F. R., Riccio, P. M., Giacomelli, F. M., Gonzalez Toledo, M. E., . . . Sposato, L. A. (2014). Stroke Severity Score based on Six Signs and Symptoms The 6S Score: A Simple Tool for Assessing Stroke Severity and In-hospital Mortality. *J Stroke*, 16(3), 178-183. doi:10.5853/jos.2014.16.3.178

- Rogers, A., & Addington-Hall, J. (2005). Care of the dying stroke patient in the acute setting. *Journal of Research in Nursing*, 10(2), 153-167.
doi:10.1177/174498710501000208
- Roth, E., & Harvey, R. L. (2000). Rehabilitation of stroke syndromes. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 1117-1163.
- Sackley, C., Brittle, N., Patel, S., Ellins, J., Scott, M., Wright, C., & Dewey, M. E. (2008). The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*, 39(12), 3329-3334. doi:10.1161/strokeaha.108.518563
- Salter, K., Hellings, C., Foley, N., & Teasell, R. (2008). The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. *J Rehabil Med*, 40(8), 595-602.
doi:10.2340/16501977-0238
- Sawatzky, R., Porterfield, P., Roberts, D., Lee, J., Liang, L., Reimer-Kirkham, S., . . . Thorne, S. (2017). Embedding a Palliative Approach in Nursing Care Delivery: An Integrated Knowledge Synthesis. *Advances in Nursing Science*, 40(3), 263-279.
doi:10.1097/ans.0000000000000163
- Schepers, V., Post, M., Visser-Meily, A., van de Port, I., Akhmouch, M., & Lindeman, E. (2009). Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. *J Rehabil Med*, 41(11), 930-935. doi:10.2340/16501977-0446
- Shi, K., Wood, K., Shi, F.-D., Wang, X., & Liu, Q. (2018). Stroke-induced immunosuppression and poststroke infection. *Stroke and Vascular Neurology*, 3(1), 34-41. doi:10.1136/svn-2017-000123
- Shi, Q., Presutti, R., Selchen, D., & Saposnik, G. (2012). Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 43(3), 645-649.
doi:10.1161/strokeaha.111.643726
- Singh, T., Peters, S. R., Tirschwell, D. L., & Creutzfeldt, C. J. (2017). Palliative Care for Hospitalized Patients With Stroke: Results From the 2010 to 2012 National Inpatient Sample. *Stroke*, 48(9), 2534-2540. doi:10.1161/strokeaha.117.016893
- Ski, C., & O'Connell, B. (2007). Stroke: the increasing complexity of carer needs. *J Neurosci Nurs*, 39(3), 172-179.

- Sommerfeld, D. K., Eek, E. U., Svensson, A. K., Holmqvist, L. W., & von Arbin, M. H. (2004). Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke*, 35(1), 134-139. doi:10.1161/01.Str.0000105386.05173.5e
- Sommerfeld, D. K., Gripenstedt, U., & Welmer, A. K. (2012). Spasticity after stroke: an overview of prevalence, test instruments, and treatments. *Am J Phys Med Rehabil*, 91(9), 814-820. doi:10.1097/PHM.0b013e31825f13a3
- Stevens, J. P. (2009). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*: Routledge.
- Stevens, T., Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2007). Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliative Medicine*, 21(4), 323-331. doi:10.1177/0269216307079160
- Stone, P., Rees, E., & Hardy, J. R. (2001). End of life care in patients with malignant disease. *Eur J Cancer*, 37(9), 1070-1075. doi:10.1016/s0959-8049(01)00087-9
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*: Pearson Education, Limited.
- Thompson, H. S., & Ryan, A. (2009). The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *J Clin Nurs*, 18(12), 1803-1811. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02694.x
- Treister, A. K., Hatch, M. N., Cramer, S. C., & Chang, E. Y. (2017). Demystifying Poststroke Pain: From Etiology to Treatment. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 9(1), 63-75. doi:10.1016/j.pmrj.2016.05.015
- Tseng, B. Y., Billinger, S. A., Gajewski, B. J., & Kluding, P. M. (2010). Exertion fatigue and chronic fatigue are two distinct constructs in people post-stroke. *Stroke*, 41(12), 2908-2912. doi:10.1161/strokeaha.110.596064
- Turner-Stokes, L., Sykes, N., Silber, E., Khatri, A., Sutton, L., & Young, E. (2007). From diagnosis to death: exploring the interface between neurology, rehabilitation and palliative care in managing people with long-term neurological conditions. *Clin Med (Lond)*, 7(2), 129-136.

- von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536. doi:<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Walshe, C., & Luker, K. A. (2010). District nurses' role in palliative care provision: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1167-1183. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.04.006>
- Watkins, C. L., Leathley, M. J., Gregson, J. M., Moore, A. P., Smith, T. L., & Sharma, A. K. (2002). Prevalence of spasticity post stroke. *Clin Rehabil*, 16(5), 515-522. doi:10.1191/0269215502cr512oa
- Wee, B., Adams, A., & Eva, G. (2010). Palliative and end-of-life care for people with stroke. *Curr Opin Support Palliat Care*, 4(4), 229-232. doi:10.1097/SPC.0b013e32833ff4f8
- Widar, M., Samuelsson, L., Karlsson-Tivenius, S., & Ahlstrom, G. (2002). Long-term pain conditions after a stroke. *J Rehabil Med*, 34(4), 165-170.
- Williams, B., Brown, T., & Onsman, A. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8, 1-13. doi:10.33151/ajp.8.3.93
- World Health Organization. (1978). *Cerebrovascular disorders : a clinical and research classification*. Geneva; [Albany, N.Y.]: World Health Organization ; [Obtainable from the WHO Publications Centre].
- World Health Organization. (2018). Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/palliative/definition/en/>
- Yang, N. C., & Yeh, S. H. (2012). [An experience applying a spiritual care model to a first-time stroke patient]. *Hu Li Za Zhi*, 59(3), 113-118.
- Young, A. J., Rogers, A., & Addington-Hall, J. M. (2008). The quality and adequacy of care received at home in the last 3 months of life by people who died following a stroke: a retrospective survey of surviving family and friends using the Views of Informal Carers Evaluation of Services questionnaire. *Health & Social Care in the Community*, 16(4), 419-428. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00753.x

- Young, A. J., Rogers, A., Dent, L., & Addington-Hall, J. M. (2009). Experiences of hospital care reported by bereaved relatives of patients after a stroke: a retrospective survey using the VOICES questionnaire. *J Adv Nurs*, 65(10), 2161-2174.
- Yuan, M. Z., Li, F., Fang, Q., Wang, W., Peng, J. J., Qin, D. Y., . . . Liu, G. W. (2018). Research on the cause of death for severe stroke patients. *J Clin Nurs*, 27(1-2), 450-460. doi:10.1111/jocn.13954
- Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J., & Wang, P. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 12(8), e0183349. doi:10.1371/journal.pone.0183349





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลแบบประคับประคอง
และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ
รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 18 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ จำนวน 5 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.ดาริน จตุรภัทรพร
2. นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร
3. นายแพทย์ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์
4. นายแพทย์อุเทน บุญอรณะ
5. นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 7 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. นางอัญเชิญ ชัยลัธรัตน์
2. นางเบญจพร เองวานิช
3. นางสาวสุรีย์ ลีมงคล
4. พ.ท.หญิง มันทนา เกวียนสูงเนิน
5. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย
6. นายธีระพันธ์ กากแก้ว
7. นางสาวปรียา มาตาพิทักษ์

กลุ่มที่ 3 อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล จำนวน 6 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคุลย์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์
5. อาจารย์ ดร.วิริยา โพธิ์ขวาง
6. อาจารย์ ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 : แพทย์หรืออาจารย์แพทย์

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
1.	ผศ.พญ.ดาริน จตุรภัทรพร	<ul style="list-style-type: none"> - Doctor of Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand - Family Medicine Residency training program, Department of Family Medicine, Ramathibodi hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand - Master of Science, International Primary Health Care, University of London, United Kingdom - Certification in Academic Fellowship for Family Medicine, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canada - Certification in Palliative Care Fellowship, The Temmy Latner Centre for palliative care, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Canada - Certification in Care of the Elderly (Geriatrics) Fellowship, Baycrest hospital, University of Toronto, Toronto, Canada - อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลวัฒโนสถ กรุงเทพมหานคร - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
2.	นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประเทศไทย - วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประเทศไทย - ประกาศนียบัตรการศึกษาหลังปริญญาเอก (Research Fellowship) สาขาพันธุกรรมและสารเสพติด Department of Psychiatry, School of Medicine, Yale University, USA - ประกาศนียบัตร การอบรมศิลปะบำบัดเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ป่วย โดยศูนย์ศิลปะบำบัด - ประกาศนียบัตร Pain and Palliative Care for Doctor และ Advance Course in Palliative Medicine - ประกาศนียบัตร การอบรมฝังเข็มชั้นสูงและสมุนไพรรักษาโรคหลอดเลือดสมอง - ปัจจุบัน แพทย์และจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย ประจำศูนย์ชีวาภิบาล (Palliative Care Center) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง
3.	นพ.ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ประเทศไทย - วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ สาขาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เน้นกลุ่มผู้ป่วยทางระบบประสาท โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
4.	นพ.อุเทน บุญอริยะ	<ul style="list-style-type: none"> - ปรินญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ประเทศไทย - วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาสารสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ประเทศไทย - อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ด้านประสาทวิทยาใน โรงพยาบาล BNH, โรงพยาบาลพระราม 9, โรงพยาบาลพญาไท, โรงพยาบาลวิภาวดี, โรงพยาบาลหัวเฉียว และ โรงพยาบาลเพชรเวช - ความเชี่ยวชาญ: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5.	นพ.ปิยะศักดิ์ น่วมนา	<ul style="list-style-type: none"> - ปรินญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประเทศไทย - วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมทั่วไป (แพทย์สภา) - วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพสาขาสารสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา, ประเทศไทย - กำลังศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาอายุรศาสตร์ (อายุรแพทย์โรคระบบประสาทและสมอง) และผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาอาจารย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเลิดสิน - ความเชี่ยวชาญ: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการพยาบาล

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
1.	นางอัญเชิญ ชัยลัธรัตน์	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, ประเทศไทย - ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง - ประกาศนียบัตรวิสัญญีวิทยา สาขาการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีร่วมกับราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา - ประกาศนียบัตร Train the trainers Program : Pain management and Palliative, School of Health Sciences, Nanyang Polytechnic, Republic of Singapore - ประกาศนียบัตร American Heart Association: Basic and Advanced Cardiovascular life Support Provider Course, Caritas Medical Centre-Resuscitation Centre of Hong Kong - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และหัวหน้างานการพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลแบบประคับประคอง
2.	นางเบญจพร เองวานิช	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
		<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา - วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ สภาการพยาบาล, ประเทศไทย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดมหาสารคาม (Stroke service plan) - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และรองหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3.	นางสาวสุรีย์ ลิ้มมงคล	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, ประเทศไทย - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และผู้เชี่ยวชาญการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และหัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
4.	พ.ท.หญิง มันทนา เกวียนสูงเนิน	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, ประเทศไทย - ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ประเทศไทย - ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประเทศไทย - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก - ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตร Advanced Critical and Emergency Care Nursing ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ - กำลังศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล แผนกพยาบาลรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลแบบประคับประคอง
5.	นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส, ประเทศไทย - ประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ขั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประเทศไทย

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
		<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2551 - คณะทำงานจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ พ.ศ. 2558 - คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลพระอาพาธระยะท้าย โรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2559 - ประธานและคณะทำงานจัดการอบรม National Palliative and Hospice Care Conference กรมการแพทย์ - ประธานและคณะทำงานจัดการอบรมโครงการ Palliative Care Training for International Nurse กลุ่มประชาคมอาเซียน - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง
6.	นายธีระพันธ์ กากแก้ว	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท สระบุรี - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ครอบครัวยุคใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - ประกาศนียบัตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี - ประกาศนียบัตรการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง กรมการแพทย์ - ประกาศนียบัตรการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประสานงานการดูแลแบบประคับประคอง กรมการแพทย์

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
		<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ งานพยาบาลประจำประคับประคองและดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง
7.	นางสาวปรียา มาตาพิทักษ์	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, ประเทศไทย - วุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล - ประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย - ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม) สภาการพยาบาล - ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา - ประกาศนียบัตรผู้บริหารการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 1 สถาบันประสาทวิทยา - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี - ความเชี่ยวชาญ ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มที่ 3 อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
1.	รศ.ดร.จอนพะจง เพ็งจาด	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต School of Nursing, University of Washington, USA - ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต School of Nursing, University of Washington, USA - ประกาศนียบัตร Nurse Practitioner (Primary Medical Care) - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งรองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาล ศรีสรวินทรา สภากาชาดไทย - ความเชี่ยวชาญ: การดูแลแบบประคับประคอง
2.	รศ.ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ ชีวภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งรองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล - ความเชี่ยวชาญ ; การดูแลแบบประคับประคอง

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
3.	ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ประกาศนียบัตร Advanced special nursing course (ICU-CCU) Nihon University, Tokyo, Japan - วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ สภากาชาดไทย, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และผู้อำนวยการศูนย์บริการการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย - ความเชี่ยวชาญ ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4.	ผศ.ดร.ประทุม สร้อยวงศ์	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ประเทศไทย - วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ สภากาชาดไทย, ประเทศไทย - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - ความเชี่ยวชาญ ; การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่	รายนาม	คุณวุฒิ/ความเชี่ยวชาญ
5.	อ.ดร.วิริยา โพธิ์ขวาง	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต College of Health Sciences School of Nursing, Old Dominion University, Virginia, USA - พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, USA - ศึกษางานหอผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูควิกส์ ไพรบวร์ก สหพันธรัฐเยอรมนี - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) และหัวหน้างานวิจัย ผลงานวิชาการและผลิตตำรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง
6.	อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย - ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, USA - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช - ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) และหัวหน้างานพัฒนาองค์ความรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ - ความเชี่ยวชาญ; การดูแลแบบประคับประคอง



ที่ อว 64.11/0789



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.วิริยา โพธิ์ขวาง หัวหน้างานวิจัย ผลงานวิชาการและผลิตตำรา ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

ดร.วิริยา โพธิ์ขวาง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056

ที่ อว 64.11/0916



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปรียา มาตาพิทักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวปรียา มาตาพิทักษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056

ที่ อว 64.11/ 0754



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒโนสถ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดาริน จตุรภัทรพร อาจารย์แพทย์ งานเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดาริน จตุรภัทรพร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๔๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียน เชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056



ที่ ศธ 0512.11/0643

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิชา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายธีระพันธ์ กากแก้ว พยาบาลวิชาชีพ งานพยาบาลประคับประคองและดูแลต่อเนื่อง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายธีระพันธ์ กากแก้ว

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวิชา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056

ที่ ศธ 0512.11/ 0648



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเบญจพร เองวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางเบญจพร เองวานิช

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056



ที่ ศธ 0512.11/0642

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียน เชิญ นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา) กลุ่มงานอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อ ประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056

ที่ อว 64.11/1079



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน โดยใช้แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายวชิรา โพธิ์ใส ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1366

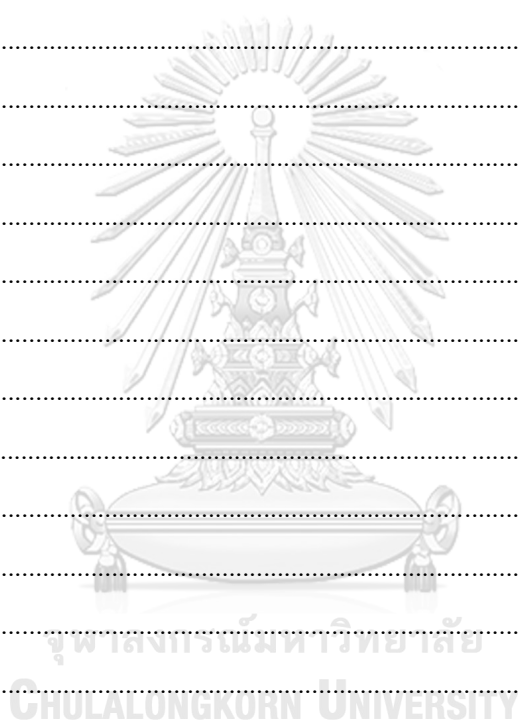
นายวชิรา โพธิ์ใส โทร. 08-5714-8056



แบบสอบถาม/สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1

วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการตอบแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ **แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ** โดยมีข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่า “องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” ประกอบด้วยอะไรบ้าง



2. สามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 ได้จำนวนกี่กลุ่ม เป็นกลุ่มอะไรบ้าง และแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดอย่างไร กรุณาอธิบาย

(ตัวอย่างจากการที่นิสิตได้ทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดมี 9 องค์ประกอบหลัก; ดังแสดงในเอกสารแนบ)

(* หมายเหตุ ท่านสามารถแบ่งจัดกลุ่มองค์ประกอบได้ตามอิสระ อาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากกรอบแนวคิดได้)

คำตอบ สามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบได้เป็น.....กลุ่ม ได้แก่

1) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

7) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

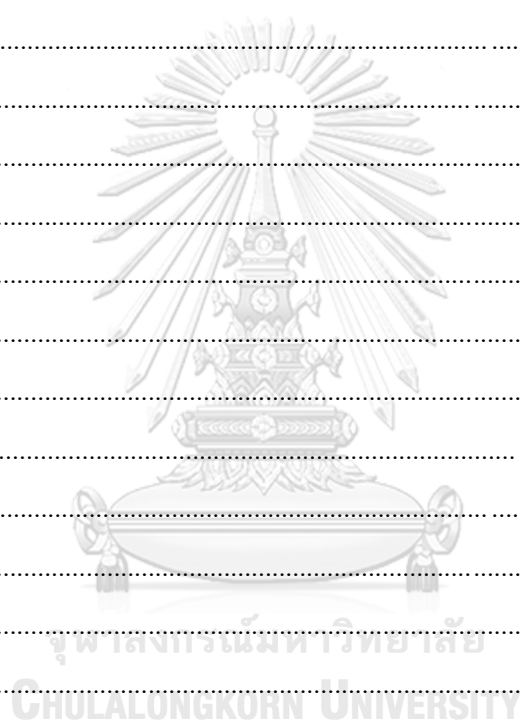
.....

.....

.....

.....

.....



8) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9) องค์ประกอบด้าน.....

ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นายวิชา โพธิ์ใส นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

คำชี้แจง

1. กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

2. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อย

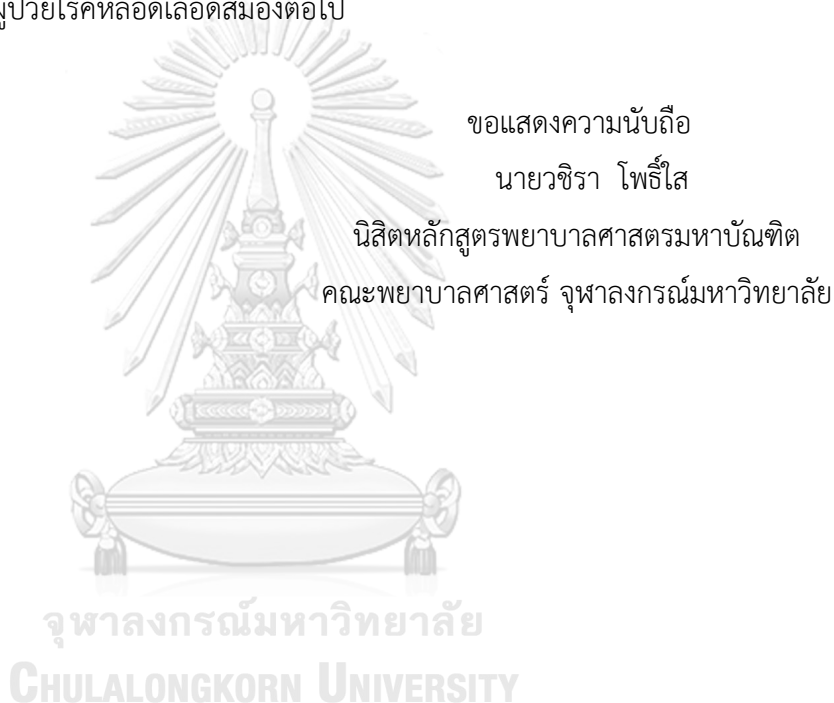
1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้การวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องบูรณาการกับผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการตอบแบบสอบถามถึงโครงสร้างและการสัมภาษณ์รอบที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้องค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 9 ด้าน รวม 110 ข้อคำถามย่อย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน 15 ข้อ
2) การดูแลทางด้านร่างกาย	จำนวน 30 ข้อ
3) การดูแลจิตใจและอารมณ์	จำนวน 13 ข้อ
4) การดูแลครอบครัวและสังคม	จำนวน 12 ข้อ
5) การดูแลจิตวิญญาณ	จำนวน 7 ข้อ
6) การดูแลระยะสุดท้าย	จำนวน 10 ข้อ
7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	จำนวน 8 ข้อ
8) การอำนวยความสะดวก	จำนวน 5 ข้อ
9) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	จำนวน 10 ข้อ

4. องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวข้างต้น สามารถปรับแก้ไขได้ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในช่องข้อเสนอแนะ

5. เพื่อความตรงของผลการศึกษา ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่ควรห่างกันมากนัก จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถาม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ นับจากได้รับแบบสอบถามนี้ ความคิดเห็นของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย แต่จะนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป



ข้อ	ข้อความ	ระดับความ คิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล							
	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลาการเยี่ยม						
						
						
การดูแลทางด้านร่างกาย							
	การประเมินปัญหาหรือความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลรักษา พร้อมทั้งนำปัญหาหรือความต้องการดังกล่าวมาวางแผนเพื่อการดูแลรักษาในครั้งต่อไป						
						
						
การดูแลจิตใจและอารมณ์							
	การประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม						
						
						
การดูแลครอบครัวและสังคม							
	การประเมินสภาวะทางสังคมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือตามความเหมาะสม						
						
						

แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้เพิ่มเติมจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งรวบรวมได้จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ประการที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญนำคำตอบที่ได้แสดงความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาพิจารณาอีกครั้งว่ายังคงมีความคิดเห็นเช่นเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 พบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่านเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เห็นว่ามีความจำเป็นระดับมากถึงมากที่สุดมากที่สุด ตั้งแต่ 4.50 ถึง 5.0 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1.50 โดยมีความสอดคล้องกันจำนวน 107 ข้อ และยังมีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 3 ข้อ โดยแบบสอบถามในรอบที่ 3 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้องค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 9 ด้าน รวม 108 ข้อคำถามย่อย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน 12 ข้อ
2) การดูแลทางด้านร่างกาย	จำนวน 30 ข้อ
3) การดูแลจิตใจและอารมณ์	จำนวน 13 ข้อ
4) การดูแลครอบครัวและสังคม	จำนวน 12 ข้อ
5) การดูแลจิตวิญญาณ	จำนวน 7 ข้อ
6) การดูแลระยะสุดท้าย	จำนวน 10 ข้อ
7) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย	จำนวน 8 ข้อ
8) การอำนวยความสะดวก	จำนวน 6 ข้อ
9) การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	จำนวน 10 ข้อ

3. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว ขอความกรุณาโปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยความหมายของระดับความคิดเห็นซึ่งกำหนดเป็น 5, 4, 3, 2, 1 มีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

4. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาโปรดตอบให้ครบทุกข้อ ในกรณีความคิดเห็นของท่านในรอบนี้อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยใคร่ขอรับทราบเหตุผลของท่านด้วย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์กับงานวิจัยต่อไป

5. เพื่อความตรงของผลการศึกษา ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่ควรห่างกันมากนัก จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถาม ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ นับจากได้รับแบบสอบถามนี้ ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และการได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป จากการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาทั้ง 2 รอบที่ผ่านมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเป็นอย่างสูงที่กรุณาสละเวลาจากภารกิจของท่าน เพื่อการศึกษาในครั้งนี้

หมายเหตุ: ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อความที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยเครื่องหมาย (X) และมี Highlight เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัด คำชี้แจงในแบบสอบถาม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าที่เสนอในแบบสอบถามฉบับนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 แทนด้วยสัญลักษณ์กากบาท (X)

2. ค่ามัธยฐาน (Median) คือค่ากลางของความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แทนด้วยสัญลักษณ์จุดกลม (●)

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความสำคัญมากน้อยเพียงใด ดังต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน	4.50 - 5.00	หมายถึง ระดับความสำคัญมากที่สุด
ค่ามัธยฐาน	3.50 - 4.49	หมายถึง ระดับความสำคัญมาก
ค่ามัธยฐาน	2.50 - 3.49	หมายถึง ระดับความสำคัญปานกลาง
ค่ามัธยฐาน	1.50 - 2.49	หมายถึง ระดับความสำคัญน้อย
ค่ามัธยฐาน	1.00 - 1.49	หมายถึง ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน ที่มีต่อองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แทนด้วยสัญลักษณ์ (\longleftrightarrow) โดยมีการแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3-Q1$) ดังนี้

- ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($IR \leq 1.50$) หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อรายการองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับนั้นสอดคล้องกัน

- ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($IR > 1.50$) หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน

4. การแปลความหมายของคำตอบที่อยู่ในขอบเขตและนอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

- ในกรณีที่เป็นการคำตอบของท่านที่อยู่ในขอบเขต หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 18 คน

- ในกรณีที่เป็นการคำตอบของท่านที่อยู่นอกขอบเขต หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 18 คน ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยรอบที่ 3
(กรณี มีความเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ	
		5	4	3	2	1	Md	IR
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล								
1.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลาการเยี่ยม ข้อเสนอแนะ.....	←→ ● X ✓					4.75	0.64
							

การแปลความหมาย

1) องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 มีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.75 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.64 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลาการเยี่ยม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันด้วย

2) คำตอบในรอบที่ 2 (X) ของท่านอยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยรอบที่ 3
(กรณี มีความเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ	
		5	4	3	2	1	Md	IR
การดูแลจิตวิญญาณ								
1.	การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละ บุคคล ข้อเสนอแนะ.....	← → ●		<div><div></div><div>X</div><div>✓</div></div>			4.08	1.58
							

การแปลความหมาย

1) องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 มีค่ามัธยฐาน (Md) เท่ากับ 4.08 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 1.58 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน

2) คำตอบในรอบที่ 2 (X) ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาโปรดแสดงผลประกอบ

3) หากกรณีที่คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ (✓) ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาเป็น 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงผลประกอบ

หมายเหตุ:

1) กรณีไม่มีเครื่องหมาย X ในคำตอบของท่านแสดงว่าในรอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนี้

องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ	
		5	4	3	2	1	Md	IR
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ								
	การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ก่อนการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ.....	←→	•				4.71	0.26
							
การดูแลทางด้านร่างกาย								
	การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ใน การดูแลและป้องกันการเกิดข้อผิดพลาด/ข้อติด แข็งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะ.....	←→	•				4.67	0.32
							
การดูแลจิตใจและอารมณ์								
	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบาย ความรู้สึกคับข้องใจ/ความรู้สึกค้างคาใจที่ เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแล แบบประคับประคอง ข้อเสนอแนะ.....	←→	•				4.62	0.61
							
การดูแลครอบครัวและสังคม								
	การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จาก สังคมและชุมชนตามความเหมาะสม โดยกระตุ้น ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล	←→	•				4.61	0.61

ข้อ	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ	
		5	4	3	2	1	Md	IR
	ข้อเสนอแนะ.....							
							
การดูแลจิตวิญญาณ								
	การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละ บุคคล ข้อเสนอแนะ.....	← → •					4.73	0.26
							
การดูแลระยะสุดท้าย								
	การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ ข้อเสนอแนะ.....	← → •					4.71	0.28
							
การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย								
	การประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วม แสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการ การเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการ รักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อเสนอแนะ.....	← → •					4.75	0.29
							

ข้อ	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ	
		5	4	3	2	1	Md	IR
การอำนวยความสะดวก								
	การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยญาติและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ข้อเสนอแนะ.....	←→	•				4.65	0.46
							
การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล								
	การเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม ข้อเสนอแนะ.....	←→	•				4.65	0.46
							

แบบสอบถามเลขที่.....

**แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยกระผม นายวชิรา โพธิ์ใส นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล-
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “การศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร
จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามดังกล่าวและ
ขอความกรุณาท่านช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลวิจัยไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ และ
ขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยหรือมีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด คำตอบของ
ท่านจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง

กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นายวชิรา โพธิ์ใส

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้มีคุณค่าต่อกระบวนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการวิจัย
3. ผู้วิจัยขอรับรองว่า คำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยที่ใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น จะไม่เกิดผลเสียต่อท่านและหน่วยงานของ ท่านแต่ประการใด
4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตผู้บังคับบัญชาของท่านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านโปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามในการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ
5. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 108 ข้อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของท่าน
กรุณานำแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสิ้นแล้ว ใส่ซองที่จัดให้
และปิดผนึกซอง ก่อนรวบรวมส่งกลับคืนผู้วิจัย
เพื่อป้องกันข้อมูลของท่านถูกเปิดเผย

กรุณาอ่านข้อความนี้ก่อนตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่านแสดงความคิดเห็นตามทัศนคติของท่านว่ารายการใดในแต่ละข้อคำถามเป็นรายการที่มีความสำคัญหรือความจำเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ที่จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (มิใช่เป็นการมองว่าคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร) ซึ่งในการตอบคำถามนั้นถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| 5 หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (76-100 %) |
| 4 หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมาก
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (51-75%) |
| 3 หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นปานกลาง
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (26-50 %) |
| 2 หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อย
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1-25 %) |
| 1 หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า ไม่มีความสำคัญหรือไม่จำเป็น
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (0 %) |

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็ม)
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา () 1. ประถม
- () 2. มัธยมศึกษา
- () 3. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
- () 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4. การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
- () 1. สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 2. สาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์
- () 3. สาขาการพยาบาลแบบประคับประคอง
5. ประเภทของหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงาน
- () 1. หอผู้ป่วยอายุรกรรม () 2. หอผู้ป่วยศัลยกรรม
- () 3. หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท () 4. หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 5. หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม () 6. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
- () 8. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท
- () 9. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

ข้อความในแบบสอบถามเป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สะท้อนให้เห็นการดูแลที่สำคัญหรือที่มีความจำเป็นต่อกระบวนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความตามความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ จากสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุดถึงไม่สำคัญหรือไม่จำเป็น หรือ 5 4 3 2 1

ระดับความสำคัญหรือความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5	4	3	2	1
สำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด	สำคัญหรือจำเป็นมาก	สำคัญหรือจำเป็นปานกลาง	สำคัญหรือจำเป็นน้อย	ไม่สำคัญหรือไม่จำเป็น

ตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อคำถาม CHULALONGKORN UNIVERSITY	ระดับความสำคัญ/ ความจำเป็น				
	5	4	3	2	1
0. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและญาติตามจริง	✓				

จากตัวอย่าง 0 ที่ผู้ตอบแบบสอบถามกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับความสำคัญ/ความจำเป็นมากที่สุด แสดงว่าผู้ตอบมีความเห็นว่า “ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและญาติตามจริง” เป็นตัวประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุดหรือมีความจำเป็นมากที่สุดในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสำคัญ/ ความจำเป็น				
		5	4	3	2	1
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล						
	ท่านมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติก่อนการให้ข้อมูล					
	ท่านมีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติทุกครั้งก่อนการให้ข้อมูล					
					
การดูแลทางด้านร่างกาย						
	ท่านมีการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและมีความจำเพาะเจาะจง					
					
การดูแลจิตใจและอารมณ์						
	ท่านวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม เข้าถึงได้ง่าย และปฏิบัติได้จริง					
					
การดูแลครอบครัวและสังคม						
	ท่านมีการประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติทุกราย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการซักประวัติ และใช้แบบประเมินที่เหมาะสม					
					
การดูแลจิตวิญญาณ						
	ท่านมีการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้					
					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสำคัญ/ ความจำเป็น				
		5	4	3	2	1
การดูแลระยะสุดท้าย						
	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้เกียรติในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์					
	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต					
					
การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย						
	ท่านได้ทำการประเมินการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากญาติและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง					
	ท่านนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากญาติและครอบครัวมาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม					
					
การอำนวยความสะดวก						
	ท่านประเมินความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง					
					
การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล						
	ท่านมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา					
					



AF 02-12



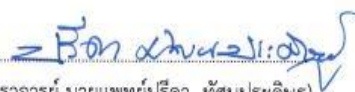
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th


COA No. 220/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 158.1/62 : การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัยหลัก : นายวชิรา โพธิ์ใส
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน (มคจ.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย
เรื่องดังกล่าวได้ในขั้นตอนที่ 1 ของโครงการวิจัย

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทันตะประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม 
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 5 กันยายน 2562

วันหมดอายุ : 4 กันยายน 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แนวคำถาม



เลขที่โครงการวิจัย 158.1/62
วันที่รับรอง -5 ก.ย. 2562
วันหมดอายุ -4 ก.ย. 2563

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการมีจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

เอกสารรับรองเลขที่ CTIREC 059

วันที่ 03 ก.ย. 2562

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง

การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

A Study of Palliative Care for Stroke Patients

เลขที่โครงการ CTIREC 048/62
 ชื่อหัวหน้าโครงการ นายวิชา โพธิ์ใส
 หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วิธีการทบทวน การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งด่วน
 รายงานความคืบหน้า เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ไม่เกิน 1 ปี
 เอกสารที่ได้รับการรับรอง

1. โครงร่างงานวิจัยเรื่อง การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet)
3. แบบเอกสารแสดงความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form)
4. แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม



(ดร.พรทิพย์ สุขคติชัย)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

ลงนาม



(นายแพทย์ธีรยุทธ นัมคณิสร์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

วันที่รับรอง 03 ก.ย. 2562

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ 31 ต.ค. 2563

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารชี้แจงร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยรายแรกๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อกำกับให้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงถึงกรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายในเวลาที่ กำหนด
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มที่กำหนด



IRB No. 106/62

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ชื่อโครงการ : การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นายวชิรา โพธิ์ใส

เลขที่โครงการวิจัย/รหัส :

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบยกเว้น (Exemption Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : 1.โครงการวิจัย
2.แบบสอบถาม
3.เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
4.หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

วันที่รับรอง : 3 ตุลาคม 2562

วันหมดอายุ : 2 ตุลาคม 2563

ลงนาม.....*On Su*.....

(แพทย์หญิงอรรณ ไขยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



NO. 74/62

แบบรับรองการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลลำปาง
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง


1.ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(ภาษาอังกฤษ) A Study of Palliative Care for Stroke Patients

2.ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นายวชิรา โพธิ์ใส
หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ชื่อผู้วิจัยร่วม -

ความคิดเห็นของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง

- ☒ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้
☐ ไม่อนุมัติ เหตุผล..

วันที่รับรอง 19 สิงหาคม 2562 – 18 สิงหาคม 2563


(พญ.กนกศรี สมนิทรปัญญา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
โรงพยาบาลลำปาง
วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562



เอกสารเลขที่ ...042.../2562

**คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

โครงการวิจัย	การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายเลขโครงการ	62044
ผู้วิจัยหลัก	นายวิชา โพธิ์ใส
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.0 Date 23-Jul-2019 2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ) Version 2.0 Date 23-Jul-2019 3. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ) Version 2.0 Date 23-Jul-2019 4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ) Version 2.0 Date 23-Jul-2019 5. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ) Version 2.0 Date 23-Jul-2019 6. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย Version 1.0 Date 23-Jul-2019
วันที่พิจารณาอนุมัติ	16 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก



 (นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ



 (นางสาวพิมพ์ชนก พุดชา)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่

16 สิงหาคม 2562

ถึงวันที่

15 สิงหาคม 2563

CA code 053/2562



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง


รหัสโครงการ 053/62 S

ผู้วิจัยหลัก นายวิชา โพธิ์ใส

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

การรายงานความก้าวหน้า ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี


(นายแพทย์จิรวัดน์ นุลาศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์


(นายแพทย์มนต์ชัย วีระนาลิทธิพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 20 ก.ย. 2562

วันหมดอายุของการรับรอง: 21 ก.ย. 2563



เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงค์ก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่จะระบุไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-343500
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 194 / 2019

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
รหัสโครงการ : EC218/02/2019
หัวหน้าโครงการ : นายวิชา โพธิ์ใส
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 6 กันยายน 2562

วันหมดอายุ : 6 กันยายน 2563

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรจน์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

12 ก.ย. 2562

วันที่

ลงนาม
(นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

12 ก.ย. 2562

วันที่



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัย คือ นายวิชา โพธิ์ใส

หน่วยงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๒๔ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ



(นายดามพ์ มุกตมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลำดับที่ ๓๘/๒๕๖๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๔๓๕๖๐๐ ต่อ ๓๔๐๐, โทรสาร (๐๗๗) ๔๓๕๖๔๒

 THE RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL (REC-HY) HATYAI HOSPITAL 182 , HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS	
id	83
Date	06/09/62
Protocol number	83/2562
Type of reviews Full board review <input type="checkbox"/> Expedited review <input type="checkbox"/> Exemption <input checked="" type="checkbox"/>	
Project title	A STUDY OF PALLIATIVE CARE FOR STROKE PATIENTS
Investigators	Mr.Vachira Posai
Institution	Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Document: protocol	<input checked="" type="checkbox"/>
Document: informed consent	<input checked="" type="checkbox"/>
Document: other	
Progress report	<input checked="" type="checkbox"/> This document is approved for "conduct of research" only.
Final report	<input checked="" type="checkbox"/> Progress report and final report have not been received yet except notification.
The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committe human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki	
Signature of Committee  Charoen Kaitwatcharachai	



ตารางที่ 33 การทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ปัจจัย

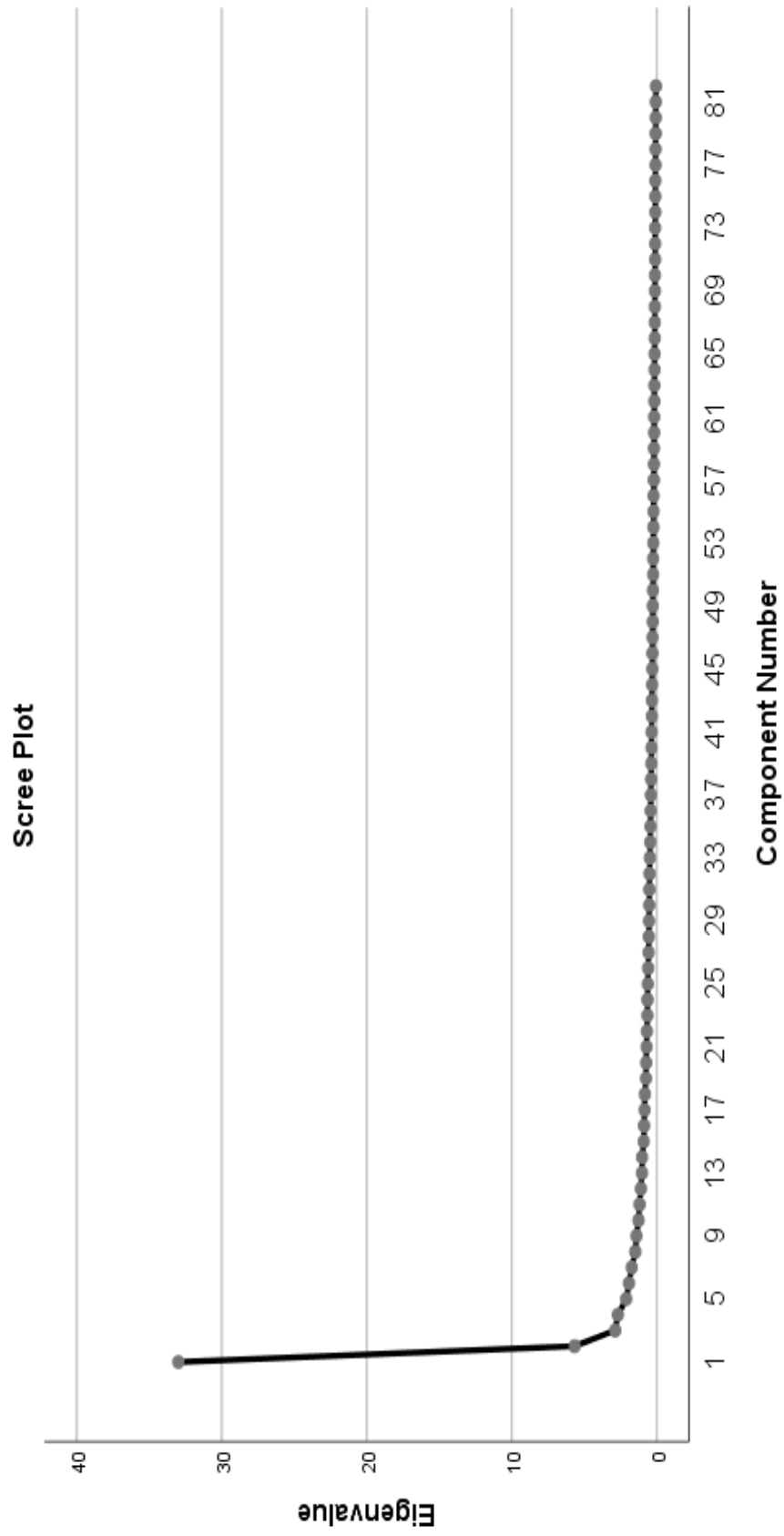
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		.95
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	28110.38
	df	3486
	Sig.	.00

ตารางที่ 34 ค่าสถิติเบื้องต้นก่อนทำการสกัดปัจจัยด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก


Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Loadings			Loadings			Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	33.00	40.24	40.24	33.00	40.24	40.24	7.85	9.58	9.58
2	5.67	6.91	47.15	5.67	6.91	47.15	7.28	8.88	18.46
3	2.87	3.50	50.65	2.87	3.50	50.65	7.01	8.55	27.01
4	2.69	3.27	53.93	2.69	3.27	53.93	6.31	7.69	34.70
5	2.11	2.57	56.50	2.11	2.57	56.50	6.06	7.39	42.09
6	1.92	2.35	58.85	1.92	2.35	58.85	4.70	5.74	47.82
7	1.73	2.11	60.96	1.73	2.11	60.96	4.31	5.26	53.08
8	1.49	1.81	62.77	1.49	1.81	62.77	3.25	3.96	57.04
9	1.41	1.72	64.49	1.41	1.72	64.49	3.02	3.68	60.73
10	1.26	1.54	66.03	1.26	1.54	66.03	2.75	3.35	64.08
11	1.19	1.45	67.49	1.19	1.45	67.49	1.90	2.32	66.40
12	1.10	1.35	68.83	1.10	1.35	68.83	1.44	1.76	68.16
13	1.02	1.25	70.08	1.02	1.25	70.08	1.39	1.70	69.86
14	1.02	1.24	71.32	1.02	1.24	71.32	1.20	1.47	71.32
15	.90	1.10	72.43						
16	.88	1.08	73.50						
17	.85	1.03	74.54						
18	.83	1.01	75.55						
19	.75	.91	76.46						
20	.74	.90	77.36						
21	.71	.86	78.22						
22	.69	.84	79.06						
23	.65	.79	79.85						
24	.65	.79	80.64						

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Loadings			Loadings			Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
25	.63	.77	81.40						
26	.60	.74	82.14						
27	.57	.69	82.83						
28	.55	.67	83.50						
29	.54	.66	84.16						
30	.53	.64	84.80						
31	.52	.63	85.44						
32	.50	.61	86.05						
33	.48	.59	86.63						
34	.46	.56	87.19						
35	.44	.54	87.73						
36	.43	.52	88.25						
37	.41	.50	88.75						
38	.39	.48	89.23						
39	.39	.47	89.70						
40	.37	.45	90.15						
41	.36	.44	90.59						
42	.35	.42	91.01						
43	.34	.41	91.42						
44	.33	.40	91.82						
45	.31	.38	92.20						
46	.31	.37	92.58						
47	.30	.37	92.94						
48	.29	.35	93.30						
49	.28	.35	93.64						
50	.27	.33	93.97						
51	.26	.32	94.29						
52	.26	.32	94.61						
53	.25	.30	94.91						
54	.24	.29	95.20						
55	.23	.28	95.48						
56	.23	.28	95.76						
57	.21	.26	96.01						
58	.20	.24	96.26						
59	.20	.24	96.50						

Rotated Component Matrix ^a														
Component														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Psycho5					.72									
Psycho6					.72									
Psycho7					.69									
Psycho3					.68									
Psycho8					.66									
Psycho4					.61									
Phycho13					.55								.44	
Socail5				.46	.50									
Psycho12				.43	.48									
Spiritual6						.75								
Spiritual5						.75								
Spiritual4						.67								
Spiritual3						.66								
Spiritual7						.66								
Spiritual1						.48								
EOL2	.42					.43						.41		
Physi6.2							.72							
Physi6.3							.70							
Physi6.1							.69							
Physi5.2							.64							
Physi7.1							.62							
Physi5.1							.52							



ภาพที่ 4 แผนภาพสกริปพลอตแสดงจำนวนองค์ประกอบ



ภาคผนวก ฉ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิจัยแบบเดลฟาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิจัยแบบเดลฟาย *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์และอาจารย์แพทย์จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 7 คน และอาจารย์พยาบาลและนักวิชาการพยาบาล จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างเป็นแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ และขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณทางสถิติโดยการหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเป็นรายบุคคลอีกครั้ง ซึ่งแบบสอบถามในรอบที่ 3 เพิ่มคำตอบตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 จากนั้นนำข้อมูลในรอบที่ 3 มาคำนวณหาค่ามัธยฐานค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากที่สุด ว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมี 9 องค์ประกอบหลัก 108 องค์ประกอบย่อย ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 7 องค์ประกอบย่อย 2) องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย จำนวน 10 องค์ประกอบย่อย 3) องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย จำนวน 30 องค์ประกอบย่อย 4) องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 12 องค์ประกอบย่อย 5) องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล จำนวน 10 องค์ประกอบย่อย 6) องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ จำนวน 13 องค์ประกอบย่อย 7) องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 องค์ประกอบย่อย 8) องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก จำนวน 6 องค์ประกอบย่อย และ 9) องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม จำนวน 12 องค์ประกอบย่อย

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง โรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยแบบเดลฟาย การดูแลจิตวิญญาณ การดูแลระยะสุดท้าย

* อยู่ระหว่างการตีพิมพ์วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

A Delphi Study on Palliative Care in Stroke Patient *

Abstract

This study aimed to determine domains of palliative care for stroke patients using a Delphi technique. Experts with backgrounds in palliative care and stroke care including 5 doctors or medical specialists, 7 professional nurses and 6 nursing instructors (totally 18 persons) were interviewed. The methodology consisted of three steps. Step 1 interviewing the experts about the component of palliative care for stroke patients. Step 2 analyzing interview transcripts using a content analysis, then constructing questionnaires; asking the experts to comment on the questions. Step3, calculating data using median, interquartile range.

The results indicated that indicators of palliative care for the stroke patients consisting of 9 domains and 108 indicators; spiritual care (7 indicators); end-of-life care (10 indicators); physical care (30 indicators); effective informational provision (12 indicators); targeting and care patterns (10 indicators); psychological and emotional care (13 indicators); supporting the family to take care of the patients (8 indicators); facilitating family participation in caring stroke patients (6 indicators); and finally family and social care (12 indicators).

Key Word: Palliative Care, Stroke Patients, Delphi Study, Spiritual care, End-of-life care

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทย ในแต่ละปีจะพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีการเพิ่มขึ้นปีละ 25,000 คนต่อปี และเสียชีวิตมากถึง 50,000 รายต่อปี⁽¹⁾ จากการศึกษาของ Creutzfeldt และคณะ⁽²⁾ และ Holloway และคณะ⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ และมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การปฏิบัติการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เน้นให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีโอกาสเสียชีวิต ไม่ใช่เริ่มเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต⁽⁴⁾ และจากการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันเป็นการดูแลแบบประคับประคองทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

ระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษที่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ถูกพัฒนาและนำมาศึกษาหลายรูปแบบร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค⁽⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ปัทิตตา นิกเว็น และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าอุปสรรคหรือปัญหาในการดูแลแบบประคับประคอง คือ พยาบาลมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการดูแล ขาดความมั่นใจเชิงวิชาชีพ ขาดแคลนพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ขาดการสนับสนุนในการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยและขาดองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการหาคำตอบที่มาจากองค์ความรู้และประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปเป็นภาพรวมขององค์ความรู้ที่จะนำไปสู่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามสถานการณ์ที่มีความเฉพาะและเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของการเจ็บป่วย มีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ในทุกมิติตามความแตกต่างของบริบทของสังคมไทย และนำข้อสรุปนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม ทั้งหมด 18 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ คือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล หรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 5 ปี และมี

ผลงานเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป 2) ได้รับบุติบัตรหรือผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือการดูแลแบบประคับประคองที่แพทยสภาหรือสภาการพยาบาลรับรอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามโดยเคลฟายเทคนิค

คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	5 (27.8)
หญิง	13 (72.2)
อายุผู้ตอบแบบสอบถามหน่วยปี (Mean \pm SD)	47.6 \pm 8.5
ประสบการณ์ผู้เชี่ยวชาญหน่วยปี (Mean \pm SD)	18.6 \pm 7.6
การปฏิบัติงาน	
แพทย์หรืออาจารย์แพทย์	5 (27.8)
พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล	7 (38.9)
อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล	6 (33.3)
ความเชี่ยวชาญ	
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	9 (50.0)
การดูแลแบบประคับประคอง	9 (50.0)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติดำเนินโครงการวิจัยผ่าน โดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 220/2562 โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้อิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมก่อนเริ่มการให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน โดยเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 5 คน เฉลี่ยคนละ 30 นาที และผู้เชี่ยวชาญที่ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ จำนวน 13 คน

จึงดำเนินการส่ง แบบสัมภาษณ์ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการจากตำราวารสาร เอกสารงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁻¹⁹⁾ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมียุทธศาสตร์ประกอบหลักกี่องค์ประกอบและแต่ละองค์ประกอบหลักประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง นำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 องค์ประกอบหลัก 110 องค์ประกอบย่อย

รอบที่ 2 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยพัฒนามาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนออกและรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน โดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ สร้างเป็นแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ระดับความสำคัญขององค์ประกอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อคำถามแต่ละข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่า 1.50 ได้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 องค์ประกอบหลัก 108 องค์ประกอบย่อย

รอบที่ 3 ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยแสดงค่ามัธยฐาน (Med) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบไว้ในรอบที่ 2 แล้วดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาความคิดเห็นของตนเองและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 ได้องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 องค์ประกอบหลัก 108 องค์ประกอบย่อย และในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 12.21 ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 20 จึงยุติคำถามรอบถัดไปได้⁽²⁰⁾ รวมทั้ง 3 รอบ ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวมข้อมูลทั้งสิ้น 60 วัน

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก 108 องค์ประกอบย่อย ระดับความสำคัญมากที่สุดทุกองค์ประกอบ จำแนกตามองค์ประกอบหลัก ตารางที่ 2 และจำแนกรายองค์ประกอบย่อย ตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่ามัธยฐาน (Med.) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) และระดับความสำคัญขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามองค์ประกอบหลัก

ที่	องค์ประกอบหลัก	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
1.	องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ	4.73	0.28	4.75	0.23	มากที่สุด
2.	องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย	4.23	0.30	4.73	0.28	มากที่สุด
3.	องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย	4.67	0.44	4.73	0.37	มากที่สุด
4.	องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	4.63	0.60	4.69	0.38	มากที่สุด
5.	องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล	4.67	0.45	4.68	0.42	มากที่สุด
6.	องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	4.65	0.52	4.67	0.39	มากที่สุด
7.	องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.50	4.67	0.40	มากที่สุด
8.	องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก	4.67	0.56	4.67	0.43	มากที่สุด
9.	องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม	4.63	0.59	4.64	0.55	มากที่สุด

ตารางที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน (Med.) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (I.R.) และระดับความสำคัญขององค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายองค์ประกอบย่อย

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ	รอบที่2		รอบที่ 3		ระดับ
	ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Med.	I.R.	Med.	I.R.	ความสำคัญ
องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ						
1.	การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
2.	การสนับสนุนให้ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
3.	การสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวที่ได้ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก และการให้อภัย	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
4.	การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา	4.71	0.28	4.71	0.28	มากที่สุด
5.	การเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของผู้ป่วยและครอบครัว	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
6.	การยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ	4.73	0.26	5.00	0.00	มากที่สุด
7.	การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน	4.73	0.26	4.73	0.26	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย						
1.	การประเมินความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรค	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
2.	การประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคองและการดูแลระยะสุดท้าย	4.67	0.32	4.73	0.26	มากที่สุด
3.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบ	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
4.	การอำนวยความสะดวกด้วยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
5.	การให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิการเลือกรูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยและญาติ	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด
6.	การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวล สุภาพให้เกียรติในทุกกิจกรรม	4.71	0.28	4.73	0.26	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
7.	การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนา ในระยะสุดท้ายของชีวิต	4.73	0.26	4.73	0.26	มากที่สุด
8.	การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกันพร้อม ทั้งมีการตอบสนองความต้องการในระยะเวลาที่ เหมาะสม	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
9.	การเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวได้ดูแลหรือ ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้าย ของชีวิต	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
10.	การดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต ด้วยการเคารพความเป็นบุคคล	4.71	0.28	4.73	0.26	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย						
1.	การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ทางด้านร่างกาย	4.62	0.62	4.62	0.61	มากที่สุด
2.	การประเมินอาการปวดของผู้ป่วยด้วย เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม	4.62	0.62	4.62	0.61	มากที่สุด
3.	การบันทึกลักษณะ ความถี่ และตำแหน่งของ อาการปวด	4.62	0.81	4.62	0.61	มากที่สุด
4.	การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาการ ปวดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมี ความจำเพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วย กลุ่มโรคอื่น	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
5.	การดูแลผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด
6.	การดูแลผู้ป่วยมีอาการปวดที่เกิดจากรอยโรคใน สมอง	4.55	0.98	4.55	0.98	มากที่สุด
7.	การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากการแข็งเกร็ง ของกล้ามเนื้อ	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
8.	การแนะนำวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้องเพื่อลดอาการปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว	4.59	0.80	4.59	0.80	มากที่สุด
9.	การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอ	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
10.	การประเมินและอธิบายผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดข้อติดแข็ง	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
11.	การวางแผนการดูแลและป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
12.	การสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเอง	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
13.	การประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะชักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.67	0.32	4.75	0.29	มากที่สุด
14.	การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการชักภายหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
15.	การประเมินภาวะกลืนลำบาก	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
16.	การดูแลเรื่องสารน้ำและสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
17.	การประเมินลักษณะของการหายใจและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด
18.	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
19.	การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับและการใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
20.	การประเมินการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
21.	การสอนวิธีการฝึกถ่ายปัสสาวะและการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
22.	การประเมินสมรรถนะทางด้านร่างกาย เช่น การทรงตัว การเดิน การเคลื่อนไหว หรือ อาการอ่อนแรง	4.75	0.29	5.00	0.00	มากที่สุด
23.	การแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
24.	การประเมินและให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้า	4.65	0.46	4.75	0.29	มากที่สุด
25.	การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ	4.71	0.28	4.73	0.26	มากที่สุด
26.	การดูแลให้มีการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.71	0.28	4.73	0.26	มากที่สุด
27.	การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
28.	การประเมินเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร	4.73	0.26	5.00	0.00	มากที่สุด
29.	การวางแผนแก้ไขปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร	4.67	0.32	5.00	0.00	มากที่สุด
30.	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด การออกเสียง และมีการสื่อสารกับผู้อื่น	4.75	0.29	5.00	0.00	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ						
1.	การสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการให้ข้อมูล	4.71	0.28	4.73	0.26	มากที่สุด
2.	การประเมินความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ก่อนการให้ข้อมูล	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด
3.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคเบื้องต้นตามจริง	4.53	0.71	4.67	0.32	มากที่สุด
4.	การให้ข้อมูลความเจ็บป่วยเมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	4.70	0.30	4.71	0.28	มากที่สุด
5.	การร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในให้ข้อมูลวิธีการรักษาที่หลากหลาย	4.62	0.82	4.62	0.61	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
6.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี	4.62	0.74	4.65	0.46	มากที่สุด
7.	การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูล	4.75	0.30	5.00	0.00	มากที่สุด
8.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งลงจากพยาธิสภาพของโรค	4.59	0.80	4.65	0.46	มากที่สุด
9.	การให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมและการเผชิญกับความตาย	4.55	0.98	4.62	0.61	มากที่สุด
10.	การอธิบายให้ทราบว่า การดูแลแบบประคองเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	4.62	0.69	4.65	0.46	มากที่สุด
11.	การประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวหลังให้ข้อมูล	4.59	0.80	4.65	0.46	มากที่สุด
12.	การสอบถามความเข้าใจและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัย	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล						
1.	การประเมินความต้องการเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
2.	การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความต้องการและระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
3.	การทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดูแล และการกำหนดนโยบายบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง	4.55	0.98	4.55	0.98	มากที่สุด
4.	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
5.	การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลและเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้า	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
6.	การเคารพสิทธิในการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษา	4.67	0.32	4.73	0.26	มากที่สุด
7.	การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแล	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
8.	การกำหนดเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลร่วมกันของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
9.	การทบทวนหรือหารือเป็นระยะเพื่อยืนยันและทบทวนเป้าหมายของการดูแลและความพึงพอใจในการดูแลรักษา	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
10.	การบันทึกเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแล	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์						
1.	การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
2.	การพัฒนาแนวทางการดูแลจิตใจและอารมณ์ให้มีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง	4.67	0.32	4.71	0.28	มากที่สุด
3.	การสร้างเชื่อมั่นว่าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.67	0.32	4.73	0.26	มากที่สุด
4.	การให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
5.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
6.	การให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความความ ใส่ใจ	4.50	0.98	4.59	0.80	มากที่สุด
7.	การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้คิดเชิงบวก เกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
8.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบาย ความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกค้างคาใจ	4.62	0.61	4.67	0.32	มากที่สุด
9.	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกกับญาติ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนอื่น	4.59	0.80	4.65	0.46	มากที่สุด
10.	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตก กังวล	4.62	0.61	4.67	0.32	มากที่สุด
11.	การดูแลผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวน	4.62	0.61	4.65	0.46	มากที่สุด
12.	การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้หรือภาวะสับสน เฉียบพลัน	4.62	0.61	4.65	0.46	มากที่สุด
13.	การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางอารมณ์ที่ทำ ให้เกิดความเครียด	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย						
1.	ประเมินการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากญาติและครอบครัว	4.55	0.98	4.59	0.80	มากที่สุด
2.	การนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบ แผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากญาติ และครอบครัวมาวางแผนการดูแล	4.75	0.29	4.73	0.26	มากที่สุด
3.	การดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมแสดงความ คิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษากับทีมสห สาขาวิชาชีพ	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
4.	การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและตั้งเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ	4.75	0.29	4.71	0.28	มากที่สุด
5.	การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
6.	การส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความสบาย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
7.	การบันทึกปัญหาของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ร่วมกับการส่งต่อปัญหาพร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.62	0.61	4.65	0.46	มากที่สุด
8.	การนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล	4.62	0.61	4.65	0.46	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก						
1.	การประเมินความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล	4.79	0.80	4.62	0.61	มากที่สุด
2.	การประเมินภาวะสุขภาพของญาติและครอบครัว	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
3.	การแนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลและส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่สนับสนุนความสบายของผู้ป่วยและญาติ	4.62	0.61	4.65	0.46	มากที่สุด
4.	การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
5.	การให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
6.	การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ	-	-	4.73	0.26	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม						
1.	การประเมินครอบครัวและสังคมของภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
2.	การประเมินความรู้และทักษะในการดูแลทางสังคม	4.59	0.80	4.62	0.61	มากที่สุด
3.	การให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคอง	4.65	0.46	4.67	0.32	มากที่สุด
4.	การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม	4.59	0.80	4.62	0.61	มากที่สุด
5.	การให้การดูแลช่วยเหลือญาติและครอบครัวในการปรับตัวกับความทุกข์ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก	4.65	0.46	4.65	0.46	มากที่สุด
6.	การให้ความรู้และฝึกทักษะเบื้องต้นแก่ญาติและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหา	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
7.	การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและชุมชน	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
8.	การพัฒนาระบบบริการดูแล การประสานงานการรับหรือส่งต่อ	4.59	0.80	4.59	0.80	มากที่สุด

ที่	องค์ประกอบของการดูแลแบบ ระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบที่ 2		รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
		Med.	I.R.	Med.	I.R.	
9.	การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
10.	การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับบ้าน	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด
11.	การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ติดตามการดูแลต่อเนื่อง	4.75	0.29	4.75	0.29	มากที่สุด
12.	การติดตามหรือส่งต่อข้อมูลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	4.62	0.61	4.62	0.61	มากที่สุด

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. **องค์ประกอบด้านการดูแลจิตวิญญาณ** การดูแลทางด้านจิตวิญญาณนับเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะระดับประคอง โดยพบว่าความแข็งแกร่งทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการฟื้นฟู รวมไปถึงการยอมรับและการปรับตัวต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย⁽²¹⁾ จากการศึกษาของ de la Mare⁽²²⁾ และ Burton และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติและการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการให้ความสำคัญกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹²⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลจิตวิญญาณจึงเป็นการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะการดูแลแบบประคองอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญและปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมตามความเชื่อ ความศรัทธา ภูมิหลังและประสบการณ์ชีวิตในอดีต ความภาคภูมิใจ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและหลักศาสนา

2. องค์ประกอบด้านการดูแลระยะสุดท้าย ในวาระสุดท้ายของชีวิตบุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะมีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาทำภารกิจที่ค้างค้างให้แล้วเสร็จได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อเพื่อให้มีจิตใจที่สงบ เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และปรารถนาที่จะอยู่ท่ามกลางคนที่ตนเองรักและรู้จัก⁽⁵⁾ จากการศึกษาของ Pierce และคณะ⁽²³⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะสุดท้ายของชีวิตรู้สึกเจ็บปวดด้านจิตใจ ขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการเผชิญกับความตาย รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า ดังนั้นการดูแลในช่วงระยะเวลายุติสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จึงเป็นการตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล ด้วยการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมและการเผชิญกับตายอย่างสงบ เต็มใจที่จะพูดคุยและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและความต้องการ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิ์การเลือกรูปแบบการเสียชีวิต รวมถึงการดูแลร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตด้วยการเคารพความเป็นบุคคลและดำเนินการตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ก่อนการเสียชีวิต

3. องค์ประกอบด้านการดูแลทางด้านร่างกาย ในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อหลายระบบที่สำคัญในร่างกาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอาการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง อาการที่พบได้บ่อยและมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ภาษา และการสื่อสาร, อาการเหนื่อยล้า, ปัญหาด้านการขับถ่าย, อาการชัก, ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์, ความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ, ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว, ภาวะพร่องการรู้คิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และอาการปวด โดยอาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบ Central post-stroke pain, Hemiplegic shoulder pain, Painful spasticity และปวดศีรษะชนิด Tension-type headache ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ^(2, 3) ดังนั้นการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ด้วยทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล พร้อมด้วยการเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

4. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพของของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ Payne และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และศักยภาพที่มีของตนเอง ดังนั้นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการส่งเสริมและช่วยเหลือของทีมผู้ดูแล เพื่อให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสุขสบายของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาลโดยคำนึงถึงผลความร่วมมือและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

5. องค์ประกอบด้านการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแล เป้าหมายและรูปแบบของการดูแลของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากการมีเป้าหมายและรูปแบบของการดูแลที่ชัดเจนนั้นย่อมส่งผลให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างครอบคลุม รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองนั้นอาจมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับระดับของสถานบริการสภาพของชุมชน สังคมและวัฒนธรรม สถานบริการนั้น ๆ ดังนั้นการกำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการกำหนดตัวชี้้นำการปฏิบัติดูแลและแบบแผนของกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษาที่ต้องการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษาอย่างชัดเจน และการกำหนดเป้าหมายของการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล

6. องค์ประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ในระยะของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติจะมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์มากยิ่งขึ้นสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะวิตกกังวลหลังโรคหลอดเลือดสมอง, มีอารมณ์แปรปรวนและอาการเพ้อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจากการศึกษาของ Shi, Q และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีอัตราความพิการและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ดังนั้นการดูแลจิตใจและอารมณ์ จึงควรเป็นการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ระบายความรู้สึกด้านลบ ด้วยการรับฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจปลอบโยนเมื่อเสียใจ ให้ความหวังตามความเป็นจริงและให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้บอกปัญหาความต้องการตามความพร้อมของแต่ละบุคคล

7. องค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ การอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติ และครอบครัว ในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง ถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและไม่ควรมองข้าม ด้วยการสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตปกติที่เคยผ่านมา แนะนำสถานที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล อันแสดงถึงความเอาใจใส่ที่มีต่อผู้ป่วยและญาติครอบครัว การบริหารจัดการหรือประสานงานของทีมผู้ดูแลเพื่อบรรเทาผลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจ

8. องค์ประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลแต่รวมไปถึงการเยียวยาที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ก้าวข้ามผ่านความทุกข์ที่มีผ่านกระบวนการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Kendall และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว มีผลต่อกระบวนการฟื้นฟู ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และการตัดสินใจเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้จึงเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ญาติ หรือสมาชิกครอบครัว แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลจากญาติโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูลและรูปแบบวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม

9. องค์ประกอบด้านการดูแลครอบครัวและสังคม การให้การดูแลครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความจำเป็นอย่างมากในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง สืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เรื้อรังและความพิการของผู้ป่วยส่งผลสมาชิกในครอบครัวให้มีหน้าที่รับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาท ปรับสัมพันธภาพและมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ขาดจากสังคม ขาดชีวิตส่วนตัว ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม⁽²⁵⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลผู้ป่วยและครอบครัวขาดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีภาวะทอดถอนใจจากสังคม ดังนั้นการดูแลครอบครัวและสังคมจึงเป็นการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองความต้องการด้านครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในระยะการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้ปรับตัวและเผชิญกับการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง รวมไปถึงการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสังคมและท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการในทุกมิติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน

2. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและพัฒนางานวิจัยในการส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัดสินใจเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เผยคนไทยป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1. 2562. เข้าถึงได้จาก: <https://www.registration-master.net/rcpt-people/content/4>
2. Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(7):853-60.
3. Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE. Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *Journal of palliative medicine*. 2010;13(4):407-12.
4. World Health Organization. Definition of Palliative Care 2018. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/palliative/definition/en/>.
5. จอนพะจง เพ็ญจาด. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 2557;30(1):100-8.
6. ปทิตตา นีกเว้น, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และธิดาภรณ์ จันทร์ดา. การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 2559;27(1):128-41.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2554.
8. Turner-Stokes L, Sykes N, Silber E, Khatri A, Sutton L, Young E. From diagnosis to death: exploring the interface between neurology, rehabilitation and palliative care in managing people with long-term neurological conditions. *Clinical medicine (London, England)*. 2007;7(2):129-36.
9. Dy SM, Feldman DR. Palliative Care and Rehabilitation for Stroke Survivors: Managing Symptoms and Burden, Maximizing Function. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(7):760-2.
10. Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR. Palliative Care: A Core Competency for Stroke Neurologists: -- Acute Stroke Palliative Care. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2015;46(9):2714-9.
11. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(6):1887-916.

12. Kendall M, Cowey E, Mead G, Barber M, McAlpine C, Stott DJ, et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *Canadian Medical Association Journal*. 2018;190(9):E238-E46.
13. Addington-Hall J, Lay M, Altmann D, McCarthy M. Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends, and officials. *Stroke*. 1995;26(12):2242-8.
14. Chahine LM, Malik B, Davis M. Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *European journal of neurology*. 2008;15(12):1265-72.
15. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing*. 2010;39(5):554-9.
16. Mazzocato C, Michel-Nemitz J, Anwar D, Michel P. The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital. *European journal of neurology*. 2010;17(1):73-7.
17. Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliat Med*. 2010;24(2):146-53.
18. Wee B, Adams A, Eva G. Palliative and end-of-life care for people with stroke. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2010;4(4):229-32.
19. Molidor S, Overbaugh KJ, James D, White CL. Palliative Care and Stroke: An Integrative Review of the Literature. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. 2018;20(4):358-67.
20. Murry JW, Hammons JO. Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research. *The Review of Higher Education*. 1995;18(4):423-36.
21. Giaquinto S, Spiridigliozzi C, Caracciolo B. Can faith protect from emotional distress after stroke? *Stroke*. 2007;38(3):993-7.
22. de la Mare B. The experience of stroke and the life of the Spirit. *Medical Humanities*. 2005;31(2):105-8.
23. Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western journal of nursing research*. 2008;30(5):606-19.

24. Shi Q, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2012;43(3):645-9.
25. Ski C, O'Connell B. Stroke: the increasing complexity of carer needs. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2007;39(3):172-9.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายวชิรา โพธิ์ใส
วัน เดือน ปี เกิด	23 ธันวาคม 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ที่อยู่ปัจจุบัน	46 หมู่ที่ 1 ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 34150

