



การพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤต
ของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย



จิรภา นาคจันทร์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



การพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤต
ของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย



จรรยา นาคจันทร์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**DEVELOPMENT OF NURSING-HELPING SERVICE MODEL FOR CRISIS
CONFRONTATION OF RELATIVE OF CEREBROVASCULAR PATIENT
THROUGH RELATIVE'S LIVED EXPERIENCES**



JEERAPA NAKCHAN

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤต
ของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 29 สิงหาคม 2556



นางจิรภา นาคจันทร์

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุตเมตต์, Ph.D

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



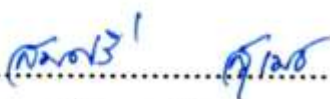
รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D

กรรมการสอบสารนิพนธ์



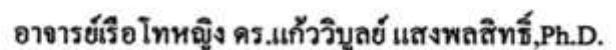
อาจารย์ ดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ศ.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ค.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำกรวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจทานและแก้ไขในการทำวิจัยให้ถูกต้องและสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนการแก้ไขให้สารนิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ดี ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอบคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดและอบรมเลี้ยงดู พี่ๆน้องๆ ที่เป็นกำลังใจ และครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่งให้ความเอื้ออาทร ห่วงใยและเป็นกำลังใจผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

จิรภา นาคจันทร์

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 090301034; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: จิรภา นาคจันทร์
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: การพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: DEVELOPMENT OF NURSING-HELPING SERVICE MODEL FOR CRISIS CONFRONTATION OF RELATIVE OF CEREBROVASCULAR PATIENT THROUGH RELATIVE'S LIVED EXPERIENCES.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ก.ด. : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จินตนา อาจสันเทียะ, ศ.ด.
คำสำคัญ	: การเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ประสบการณ์ของญาติ รูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ
จำนวนหน้า	: 126 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด มาเข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 จำนวน ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธี (Colaizzi mode)

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เผชิญกับภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายเป็นข้อสรุปใหญ่ 5 ข้อ คือ

- ข้อสรุปที่ 1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านร่างกายและจิตใจ
- ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของการรักษา
- ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล
- ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และ
- ข้อสรุปที่ 5 ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ

จากนั้นจึงนำข้อสรุปที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการการพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบและมีแบบแผน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เป้าหมาย คือ ช่วยให้ระบบของญาติผู้ป่วย

เกิดภาวะสมดุลด้วยการประเมินต้นทุนของความเครียดที่มีผลกระทบหรือคาดว่าจะมีผลกระทบต่อระบบของญาติผู้ดูแล เป้าหมายคือการรักษาความสมดุลของระบบการรับบริการ โดยการประเมินผล ที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่ง การปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ได้รับและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคลโดยใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบ ในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างรับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ร่วมกับการใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อคุณภาพผลลัพธ์การบริการการพยาบาลที่ชี้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



ACADEMIC CODE : 090301034 NURSING ADMINISTRATION, M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : JEERAPA NAKCHAN

TITLE OF THEMATIC PAPER : DEVELOPMENT OF NURSING-HELPING SERVICE MODEL FOR
CRISIS CONFRONTATION OF RELATIVE OF CEREBROVASCULAR
PATIENT THROUGH RELATIVE'S LIVED EXPERIENCES.

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSO. PRO. PUAGNRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : MANASPORN VITONMATHA, Ph.D.
: JINTANA ARJSUNTEA, Ph.D.

KEYWORDS : CRISIS OF THE RELATIVES OF PATIENTS EXPERIENCING STROKE,
EXPERIENCE OF RELATIVES, ORIENTED SERVICE MODEL TO
HELP NURSES.
: 126 PAGES

ABSTRACT

This research is qualitative research by using in-depth interviews and Phenomenological study. The objective of this research is to development of nursing-helping service model for crisis confrontation of relative of cerebrovascular patient through relative's lived experiences. The in-depth interviews to study the experiences of the data-based of the familiar properties that come into service at the accident-an emergency from June, 2013-July, 2013 There are 7 interviewees. Analyzing the data by applying Colaizzi mode.

The result of this research found the relative of the patient give the meaning in 5 main points.

1. Stroke is currently disease has an effect on intimate both of body and their mind.
2. The relatives of the patient want clearly data about symptom prediction and the treatment.
3. The relatives of the patient want to be close to the patients and be a part to take care the patient.
4. The relative of patients want benefit of social and the way to solve the problem effectively.
5. The relative of patients want to meet the spiritual.

So led to the conclusion that as a guideline for the management develop a nurse service helping system in a crisis patients' experience from patients with stroke by interview the relatives of the patients that follow Neuman (2002) theorem by using nurse system. To meet the needs of patients and relatives. The goal is to help patients achieve a relative equilibrium of the system by estimating the cause of stress that predict will affect to the system of family caregivers. The goal is to balance the system's services. By evaluating the consequences or potential of life interference in the environment. And help patients adapt to normal life at the highest level. Normal life at the highest level means the best health possible for a practice

nurse is an initiative to preserve and maintain the best health of the individual. By using the three types of action to balance the system. To maintain the balance of the hospital to create a relationship between environmental health and nursing services. With the concept of holistic nursing. To meet the needs of individual patients holistically. And the involvement of relatives. Or other close family and patient together. Results for quality of service based on patient-centered care.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	8
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	9
2.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดภาวะวิกฤตต่อญาติผู้ป่วย.....	14
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต.....	15
2.4 แนวคิดการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
2.5 ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน.....	21
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	26
2.7 บทบาทของพยาบาลเชิงการช่วยเหลือต่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
3.1 สถานที่ทำศึกษา.....	36
3.2 ผู้ให้ข้อมูล (Participants) และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
3.4 จริยธรรมการวิจัย.....	39
3.5 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.....	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	46
ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการ การพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ.....	47
ส่วนที่ 3 การได้มาซึ่งข้อเสนอแนะของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ต่อการบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ.....	48
4.2 การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการ เผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	56
ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	57
ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการ เผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติ ผู้ป่วย.....	63
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	80
5.2 อภิปรายผล.....	81
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	86
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	110
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	111

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ข เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์.....	113
ค แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์.....	115
ง สำเนาเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	120
จ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย.....	124
ประวัติผู้วิจัย.....	126



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	46
2 ความหมายของข้อสรุปย่อความสอดคล้องของข้อสรุปย่อเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	57
3 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อของข้อสรุปที่ 2 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	59
4 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อของข้อสรุปที่ 3 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	60
5 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อของข้อสรุปที่ 4 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	61
6 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อของข้อสรุปที่ 5 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002).....	62
7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต.....	64
8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน.....	74

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	35
---	---------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่สมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดอย่างกะทันหัน มักเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อนส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตในญาติผู้ดูแล เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มี การเตือนล่วงหน้า Washington (2000, p. 36-40) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียหน้าที่ของร่างกายเฉียบพลัน ซึ่งจะนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้ (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) การเสียชีวิตเป็นผลที่เกิดจากเนื้อสมองในส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ชั่วคราว (ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล, 2550, น. 1) บางรายอาจมีอาการหนักซึ่งเกิดขึ้นรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป จนมีอาการหนักมากขึ้น เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว หายใจขัดและไม่รู้สึกตัว (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548, น. 108) ญาติจะรีบนำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินทันที เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด ซึ่งหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเป้าหมายการดูแลตาม The American Heart Association, (2010; Cited in Berg, et al., 2010) คือ เพื่อลดการบาดเจ็บของสมองให้น้อยที่สุด และให้ฟื้นสภาพ ให้ได้มากที่สุด เนื่องจากเวลาเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ การดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเฉียบพลันที่เหมาะสมจะต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้พ้นจากภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น (กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, 2552) สิ่งแวดล้อมที่จำกัดเต็มไปด้วยเสียงสัญญาณแสง และเสียงจากเครื่องมือตลอดเวลา การได้รับการตอบคำถามหรือข้อมูลที่รวดเร็ว ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความเครียดเป็นทวีคูณ เมื่อความต้องการของญาติไม่ได้รับการตอบสนอง (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ความไม่แน่ใจอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang, 2007, p. 79-86)

การตอบสนองภาวะวิกฤตของญาติผู้ดูแลซึ่ง Aguilera & Messick (1982) พบว่าการตอบสนองของญาติผู้ดูแลระยะแรก เป็นระยะที่ญาติรู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ เข้าไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง ต่อมาญาติผู้ดูแลจะรู้สึกอาการที่รุนแรง โกรธ รู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง เศร้าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีอาการแสดง ความเศร้าอย่างรุนแรง เป็นระยะที่ญาติผู้ดูแลแสดงความวิตกกังวลสูงระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่มั่นใจในการพยากรณ์ โรคและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(Yang, 2007, p. 79-86) ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณชนะ (Wantana, 2003) พบว่าโดยเฉลี่ยญาติผู้ดูแลใช้เวลาดูแลผู้ป่วย วันละ 16-24 ชั่วโมง นับว่าเป็นภาระหนัก ทางด้านร่างกายพบว่ามักเกิดอาการต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะและเกิดโรคกระเพาะเป็นต้น (Buddhawan, 2002, p. 82) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลเกิดขึ้นแต่แรกทีผู้ป่วยเกิดอาการ ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549, น. 153-161) และผลกระทบที่ตามมาคือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง (เกสร ตามสัตย์, 2548)

การปรับตัวญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ตาม การรับรู้ของญาติ การวางแผน การหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ การพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ในภาวะเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จากบุคคลจากสังคมรอบข้าง เพื่อให้ บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม การเรียนรู้และประสบการณ์เหล่านี้จะสะสมไปเรื่อยๆ บุคคลก็จะแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้ดีขึ้น (วันเพ็ญ เกื้อหนุน, 2547) ซึ่งผลลัพธ์จากการปรับตัวของ สมาชิก 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและสุขภาพทางกาย (Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตน ผลกระทบดังกล่าว อาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเครียดวิตกกังวล และหากญาติไม่ได้ รับการช่วยเหลือ อาจเกิดปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจตามมา และอาจส่งผลกระทบกับการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยด้วย (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2552)

ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room) เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นด่านแรกที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ การให้บริการในห้องฉุกเฉินมีตั้งแต่ผู้ป่วยอาการหนักมากจนถึงผู้ป่วยไม่สบายเล็กน้อย ห้องฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมักรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยที่อาการบาดเจ็บระหว่างการรอด และสูญเสียชีวิตจึงคาดการณ์สิ่งไม่ดี ที่จะเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าไว้เสมอ (Wall, 2009, p. 9-16) ยังมีปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย วิกฤตหลายประการที่มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ที่สำคัญ คือ การดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ ได้ การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ การจำกัดเวลาเยี่ยม รูปแบบการดูแลที่ปิดกั้น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถสื่อสารและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Yang, 2007, p. 79-86; Wall, 2009, p. 9-16) ต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Agard & Harder, 2007, p. 170-177) ประสบการณ์ดังกล่าว จึงคุกคามจิตใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย รู้สึกว่าไม่สามารถ

นำกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาใช้เพื่อควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่นั้นได้ จึงมีผลรบกวนต่อภาวะสมดุลปกติของครอบครัว

ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทำให้รู้สึกกดดันและคับข้องใจในการกระทำบทบาทของตนเอง (Archbold, et al., 1990, p. 375-384) ถ้าญาติผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือปรับตัวได้ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และความเครียดขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะพยายามนำกลยุทธ์ต่างๆ มาใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตในการแก้ปัญหาเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาและสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องจะทำให้บุคคลรู้สึกอึดอัดไม่สุขสบาย ส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น บุคคลจะพยายามค้นหากกลยุทธ์ใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหา แต่ถ้ายังใช้ไม่ได้ผลและสิ่งเร้ายังคงมีอยู่ จะทำให้เกิดความไม่สมดุลขึ้นกับบุคคล อย่างไรก็ดี เมื่อมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) มาใช้เพื่อให้สามารถกลับไปสู่ภาวะสมดุลได้ ซึ่งปัจจัยสมดุลดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และกลไกในการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) ซึ่งถ้าบุคคลสามารถนำปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลสามารถพิจารณาหาหนทางในการแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤตขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับปัจจัยด้านทักษะและความสามารถของผู้ดูแล หรือจะกล่าวได้ว่าผู้ดูแล คือ แหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ให้ความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่ในทางตรงข้ามถ้าขาดปัจจัยสมดุลประการใดประการหนึ่งหรือทั้ง 3 ประการ จะทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลและเกิดภาวะวิกฤตขึ้น (Aquilera, 1989; Aquilera & Messick, 1978) ซึ่งจำแนกผลกระทบกับญาติผู้ดูแล ได้ดังนี้ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ (Black & Matassarin-Jacobs, 1993)

การให้การช่วยเหลือต่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ตามบริบทของสังคมไทยครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวลก่อให้เกิดความเครียดเป็นทวีคูณเมื่อความต้องการของครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2548) ซึ่งการได้รับข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยการพยากรณ์โรคความก้าวหน้าของโรค (Molter, 1979, p. 332-339) การรักษาและผลการรักษาที่เสร็จสิ้น (Leske, 1991, p. 236-243) ที่ตรงไปตรงมาชัดเจน เข้าใจง่ายอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ทุกครอบครัวต้องการ ไม่ว่าการเจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤต ระยะประคับประคองอาการ จนถึงวาระสุดท้ายของความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการปฐมนิเทศของหน่วยงานพบว่า สามารถตอบสนองความต้องการได้บางส่วนเท่านั้น (Lee & Lau, 2003, p. 490-500) นอกจากนั้น

ครอบครัวยังให้ความสำคัญกับความสุขสบาย ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (Eggen-berger & Nelms, 2007, p. 1678-1682) ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทุกอย่างที่สามารถทำได้ (Davidson, 2009, p. 28-34) คุณลักษณะเฉพาะของครอบครัวในสังคมไทยที่มีความผูกพันรับผิดชอบซึ่งกันและกันและยึดมั่นในความกตัญญู (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ทำให้ครอบครัวหันหน้าเข้าหากันเพื่อร่วมกันเผชิญกับภาวะวิกฤต การรับรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกของครอบครัว มักจะคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนเสมอ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะร่วมกับสมาชิกครอบครัวตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา รูปแบบการรักษา (Evan, et al, 2009, p. 48-53) การประสานงานให้สมาชิกภายในครอบครัวได้สื่อสารกัน ด้วยข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ครอบครัวได้พิทักษ์สิทธิของตนและการรับฟังความคิดเห็นของครอบครัวจะสามารถลดข้อขัดแย้งได้ ดังนั้นการช่วยเหลือครอบครัวจะเกิดความสมบูรณ์หากพยาบาลเข้าใจความหมายของครอบครัว ประสบการณ์ที่ครอบครัวเผชิญระหว่างการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะแรกหรือเป็นประสบการณ์แรกของครอบครัว

บทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นปัญหาที่ย่างยากซับซ้อน (จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล, 2548) การช่วยเหลือครอบครัวจะสมบูรณ์หากพยาบาลเข้าใจ การให้ความหมายของครอบครัว ประสบการณ์ที่ครอบครัวเผชิญระหว่างการเจ็บป่วยของสมาชิกและความต้องการที่แตกต่างกัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะวิกฤตที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นมุมสะท้อนให้เห็นความต้องการ ความคาดหวังของผู้ดูแล ไม่ว่าภาระงานพยาบาลจะมากเพียงใดก็ตามจะต้องสร้างรูปแบบการบริการพยาบาลขึ้นใหม่ ให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงให้ได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541, น. 2) และการบริการสุขภาพควรมีเป้าหมายอยู่ที่การสร้าง ความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการและจุดที่สร้างความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจได้สูง คือ จุดสัมผัสระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541, น. 27)

จากประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเป็นระยะเวลา 16 ปี ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และเข้าใจถึงปฏิกริยารวมทั้งความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ซึ่งพบว่ามีความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีความสนใจที่จะพัฒนาการบริการการพยาบาลให้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตให้เป็นระบบและมีแบบแผนตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลโดยทำการศึกษาระบบการตรงในเชิงลึกของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เผชิญภาวะวิกฤต และปัญหาความต้องการการช่วยเหลือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่ตอบสนองและสอดคล้องกับ ปัญหาความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเป็นรายบุคคลได้อย่างมี

ประสิทธิภาพตามความคาดหวังของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่มีปัญหาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้ดี และทำให้พยาบาลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตรายต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาลในปัจจุบัน ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Hanzink (2010)

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นอย่างไร
- 2) รูปแบบการบริการเชิงการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์การเผชิญภาวะวิกฤติของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยหลัก คือ การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่โรงพยาบาลทั่วไป และส่งกลับมารักษาต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูล คือ ญาติสายตรงซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง 8 ชั่วโมง

จากผลการวิจัยที่ได้นำมาพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลร่วมกับกระบวนการการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อไป

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้เข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติ ของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ถูกส่งต่อไปวินิจฉัยทางรังสีวิทยาของระบบประสาท ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computer Tomography, CT) ที่โรงพยาบาลทั่วไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันหรือตีบตัน โดยไม่นับรวมถึงหลอดเลือดสมองแตก และถูกส่งกลับมารักษาพยาบาลต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนใดคนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย คือ บิดามารดา และบุตรของผู้ป่วย หรือมีความสัมพันธ์โดยเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลและขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน นั่งคอยผู้ป่วยหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยไปวินิจฉัยทางรังสีวิทยาของระบบประสาท (Computer Tomography, CT) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และกลับมารักษาพยาบาลตัวต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐประเทศ

ประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต จากการที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในวิธีใดๆ ก็ตามหรือจากการสังเกต พบปะ พูดคุยหรือลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยหรือทีมการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการ ถูกส่งต่อไปวินิจฉัยทางรังสีวิทยาของระบบประสาท (Computer Tomography, CT) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และกลับมารักษาพยาบาลตัวต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐประเทศ

การเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้และการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่มีผลมาจากสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตอย่างฉับพลันที่เป็นผลจากกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องของสมาชิกครอบครัวในการประเมิน วางแผน หรือหาทางเลือกโดยใช้ทรัพยากรต่างๆ

ที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มองผลลัพธ์ในการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ

1) การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในการดำรงไว้ซึ่งบทบาท การทำหน้าที่ทางสังคม และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการหรือการเผชิญกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นหลังเข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

2) ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกหลังจากที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ หลังเข้ารับการรักษา ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

3) สุขภาพทางกาย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาหรือด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเครียดหลังจากที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

รูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ชุดของกิจกรรม การปฏิบัติการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่ใช้ในการดูแลญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ในการประเมิน วางแผนและให้การช่วยเหลือที่ตอบสนองปัญหาความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ขณะเข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต สามารถเผชิญกับความเครียดแบบ มุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม

2) เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของญาติผู้ป่วย

3) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ด้านประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่นๆต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่มีความรุนแรง เรื้อรัง อันตรายและมีค่าใช้จ่ายสูง

1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤติของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ (On Nursing Client) จากประสบการณ์ตรงในชีวิตจริง (Lived experiences) ที่เกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์วิกฤติ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวทำให้ญาติประเมินเหตุการณ์นี้ (Primary Appraisal) ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามที่เป็นอันตรายทำให้เกิดความเครียด ซึ่งญาติต้องปรับตัวโดยจะประเมินหาแหล่งประโยชน์ว่าเพียงพอหรือไม่ (Secondary Appraisal) และเลือกวิธีการเผชิญกับสถานการณ์นี้ อาจเป็นการมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) หรือการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotional focused coping) ญาติต้องรับภาระที่หนักทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การปรับบทบาทหน้าที่ และผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติได้ประสบและได้เผชิญในการแก้ปัญหาเพื่อปรับตัวอยู่กับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ ทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติเกิดความต้องการหลายๆ ด้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสบการณ์การของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ โดยผู้วิจัยยึดทฤษฎีการอธิบายการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และอธิบายแนวทางการช่วยเหลือเชิงวิชาชีพพยาบาลกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติที่มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ของ Neuman (2002) มาปรับใช้เป็นแนวทางการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการของญาติที่เผชิญภาวะวิกฤตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้
ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมข้อต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดภาวะวิกฤตต่อญาติผู้ป่วย
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต
- 2.4 แนวคิดการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.5 ทฤษฎีการพยาบาล Neuman (2002)
- 2.6 แนวคิดวิจัยเชิงคุณภาพวิธีปรากฏการณ์วิทยา (Qualitative Research)
- 2.7 บทบาทของพยาบาลเชิงการช่วยเหลือต่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 โรคหลอดเลือดสมอง

หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยง
สมองทำให้เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียหน้าที่ของร่างกายเฉียบพลันและนำไปสู่ความพิการและ
เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (เอี่ยมพร สกฤตแก้ว, 2551)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ซึ่งมีอาการแสดง ความรุนแรงและ
วิธีการรักษาที่ต่างกัน ดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2551)

1) สมองขาดเลือดจากการอุดตัน (Ischemic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของโรค
หลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1.1) สมองขาดเลือดจากการอุดตัน (Ischemic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของโรค
หลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ หลอดเลือดสมองตีบ (Cerebral thrombosis/thrombosis stroke)
เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบซึ่งจะค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อยในที่สุดจะมีลิ่มเลือด (Thrombosis)
เกิดขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง โรคนี้มักพบในผู้ที่เป็
นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้ก่อนถึง
วัยสูงอายุ เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้มักมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเร็วกว่าปกติผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี

ขึ้นไปในผู้ชาย และ 65 ปีขึ้นไป ในผู้หญิงผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก หญิงที่กินยาเม็ดคุมกำเนิด คนอ้วน และผู้ที่มีญาติพี่น้องเป็นอัมพาตครึ่งซีก บุคคลในกลุ่มดังกล่าวนี้ก็มีโอกาสเป็นโรคนี้นอกจากนี้ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเป็นสาเหตุของอาการอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่นๆ แต่มีอันตรายน้อยกว่าหลอดเลือดสมองแตก

1.2) ภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Cerebral embolism/Embolic stroke) เกิดขึ้นเนื่องจากมี “สิ่งหลุด” (Embolus) เป็นลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมอง หลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว (Atrial fibrillation) โรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic heart disease) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ภาวะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) โรคลิ้นหัวใจพิการ (Defects of valves disease) เป็นต้น

2) หลอดเลือดสมองแตกหรือเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage or hemorrhagic stroke) เป็นสาเหตุทำให้เนื้อสมองโดยรอบตายพบได้ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นภาวะร้ายแรง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว มีอัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 40-50 ถ้าพบในผู้สูงอายุมักมีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโป่งพอง (Congenital aneurysm) หลอดเลือดฝอยผิดปกติ (Arteriovenous malformation: AVM) หลอดเลือดฝอยที่ผิดปกติเหล่านี้มักจะแตกและทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ภัทรวิทย์ รัชกุล, 2550, น. 22) ได้แก่

- 2.1) ปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยจะพบมากกลุ่มที่มีก้อนเลือดขนาดใหญ่
- 2.2) อาเจียนพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
- 2.3) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปโดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับขนาดก้อนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ
- 2.4) การระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งพบอาการคอแข็งเกร็ง อาจพบได้ในรายที่มีก้อนเลือดเข้าไปใน Ventricle หรือมีก้อนเลือดที่ subarachnoid ร่วมด้วย
- 2.5) อาการตามตำแหน่งสมองมักมีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีอาการเดินเซ
- 2.6) หายใจผิดปกติ มักพบว่ามีเลือดออกที่ Posterior fossa เนื่องจากมีการกดก้านสมองหรือมีเลือดออกที่ก้านสมอง
- 2.7) อาการสัมพันธ์กับอุบัติเหตุ เช่น มีแผลที่ศีรษะ หรือมีหัวบวมปูด เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มักมีประวัติว่ามีการล้มหรือหมดสติแล้วศีรษะกระแทกของแข็งซึ่งจำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการซักประวัติด้วยว่าเหตุการณ์ใดเกิดก่อน

อย่างไรก็ตามการแบ่งอาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังคงแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการระยะนี้มักเกิดอัมพาตขึ้นทันทีทันใด มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ หมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกสูง ระบบหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรืออาจรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงไปแล้วกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ แข็งแรงขึ้น การดูแลรักษานั้นการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery)

2.1.2 แนวทางในการประเมินการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางในการประเมินการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1) การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญนำมาสู่ข้อมูลที่สามารถบอกปัญหาสาเหตุได้เฉพาะเจาะจงและนำไปตรวจอาการต่อไป แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ ดังนั้นก่อนการซักประวัติ ควรประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและระดับความรู้สึกตัว

2) การตรวจร่างกาย

2.1) ตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วยการตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบหายใจ เป็นต้น

2.2) การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน Neurological sign ตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน Neurological sign ได้แก่ Glasgow Coma Scale (GCS), Pupil reaction และ Motor power และการประเมินโดยใช้ Stroke Scale Score (NIHSS) เป็น Scale มาตรฐานที่ใช้อย่างแพร่หลาย Barthel index ใช้น้อยกว่า NIHSS เป็นการให้คะแนนตามระดับของกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย เช่น การขับถ่าย (Bowel) การปัสสาวะ (Bladder) การใช้ห้องน้ำ (Toilet) การรับประทานอาหาร (Feeding) การแต่งตัว การอาบน้ำ การขึ้นบันได เป็นต้น

2.3) การหา Vascular risk factor และตรวจหลอดเลือด ดังนี้ (พรภัทร ธรรมสาโรช, 2555)

Complete blood count with platelet count, Fasting plasma glucose, Lipid profile, Coagulogram, prothrombin electrolyte และ blood chemistry เช่น BUN, Cr, LFT

2.4) การตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography Scan; CT scan) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging; MRI) และการตรวจอัลตราซาวด์

2.1.3 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การรักษาในระยะเฉียบพลัน หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตมีเป้าหมายการดูแลตาม Guideline Cardio-Pulmonary resuscitation (CPR) ภาวะเลือดออกในสมอง ดังนี้ เป้าหมายการรักษาในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและตาย พร้อมทั้งพยายามแก้ไขเนื้อสมองในตำแหน่งที่เป็นให้ฟื้นฟูสู่สภาพปกติ โดยมีแนวทางในการรักษา คือ ต้องรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ นอกจากนี้ยังต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาทั้งทางด้านระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ และระบบสมดุลเกลือแร่ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้โดยทั่วไปการรักษาในระยะเฉียบพลันใช้หลัก A-B-C-D ประกอบด้วย

1) Airway and Breathing หลังจากมีการประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cardiac arrest สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรง ในรายที่มีปัญหาเรื่องการระบายอากาศ อาจจำเป็นต้องช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 95 วัดอัตราการหายใจ

2) Circulation ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอโดยวัดอัตราชีพจรและความดันโลหิต

3) Drug ดูแลให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือด คือ เพื่อลดการบาดเจ็บของสมองให้น้อยที่สุดและให้ฟื้นสภาพให้ได้มากที่สุดเนื่องจากเวลาเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จมากที่สุด แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นการรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาจำเพาะของโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาจำเพาะในคำและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจต่างๆ

2.1.4 การดูแลผู้ป่วยทั่วไปในระยะเฉียบพลันหลังจากที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยทั่วไปในระยะเฉียบพลันหลังจากที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Brainin & Heiss, 2010) ดังนี้

- 1) มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ neurological status รวมถึง pulse pressure และอุณหภูมิ
- 2) ดูแลการได้รับออกซิเจนเพื่อรักษาระดับค่า SpO₂ มากกว่าร้อยละ 95

3) คู่มือการได้รับสารน้ำให้เพียงพอเพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือคลื่นไม่ได้ สารน้ำที่ควรให้ คือ Normal saline (0.9% NSS) หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาลหรือน้ำมากโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่อาจมีผลเสียต่อการรักษา

4) ในระยะเฉียบพลันไม่ควรลดความดันโลหิต หากความดันอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 220/ 120 mmHg และถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลวรุนแรง aortic dissection หรือภาวะ Hypertensive encephalopathy หากจำเป็นต้องรักษาเนื่องจากข้อบ่งชี้ดังกล่าวหรือเมื่อความดันโลหิตสูงกว่า 220/ 120 mmHg หลังวัดซ้ำแล้วควรลดความดันโลหิตอย่างช้าๆ โดยพิจารณาใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นปรับขนาดง่ายและทำนายผลของยาได้แน่นอน เช่น Captopril 6.25-12.5 mg ทางปากหรือ Nicardipine 5 mg ต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ หากความดันโลหิตสูงมากอาจให้ Nitroprusside หรือ Nitroglycerine หยดทางหลอดเลือดดำ ควรหลีกเลี่ยง Nifedipine เนื่องจากไม่สามารถทำนายผลได้แน่นอนและเกิดความดันโลหิตต่ำได้ง่าย

5) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดพยายามควบคุมให้อยู่ในช่วงปกติ คือ น้อยกว่า 180 mg/ dl และมากกว่า 50 mg/ dl

6) หากผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสควรให้ Paracetamol พร้อมทั้งหาสาเหตุและรักษาตามสาเหตุ ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อถ้าผู้ป่วยไม่เคยมีอาการมาก่อน พยาบาลที่อยู่ในห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าจะจะเป็นหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดอันตราย ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด ถ้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพภายใน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำสามารถช่วยลดความพิการลงได้ ร้อยละ 30-50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้การประสานงานการให้คำแนะนำและความรู้แก่ชุมชน การส่งการรพพยาบาล การค้นหา การคัดกรองส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการเตรียมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาล และการจัดให้มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Hanzink, 2010)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและก่อให้เกิดความพิการระยะยาวเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การรักษาที่ทันท่วงทีในระยะฉุกเฉินจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะควบคุมโรคนี้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น พยาธิสภาพของโรคจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติในครอบครัวทุกๆ ด้าน พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ในแง่ของปัจจัยและกระบวนการการเกิดโรค และเฝ้าระวังเพื่อประโยชน์ในการให้ความรู้และการรักษาพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อญาติผู้ป่วย

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด บุคคลในครอบครัวมีความรัก ความผูกพันกันอย่างแนบแน่น ตั้งแต่เกิดจนตาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัวทั้งหมด ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การที่สมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้าส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว (Georgita, 2000) ส่งผลกระทบ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นสาเหตุให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง ทำให้ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย นอนหลับได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมน มาลย์ พิพัฒน์บวร (2547) ที่ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับมากที่สุด รองลงมาเป็นการรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ซึ่งมีผลให้ร่างกายทรุดโทรมและเกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมาได้ ครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง เช่น การกิน การนอน การอาบน้ำ เนื่องจากกลัวว่าอาการผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงขณะที่ตนไม่อยู่ บางรายมีการสูบบุหรี่มากขึ้นแบบมวนต่อมวน สอดคล้องกับ เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542, น. 82-88) ที่อธิบายว่าผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ การขาดการสนใจตนเองนี้ยังจะทำให้ความสามารถในการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยลดลง

2) ผลกระทบด้านจิตอารมณ์ญาติของผู้ป่วยวิกฤต เมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงกับผู้ป่วย ทำให้บุคคลสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ (Aquilera, 1998) มักมีความรู้สึกโกรธ เสียใจ จะรู้สึกผิด คับข้องใจ กลัว วิตกกังวลและยังมีความหวัง แต่บางครั้งอาจรู้สึกหมดหวังได้เช่นกัน นอกจากนี้อาจรู้สึกปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือตำหนิผู้ป่วย การพยายามลดความสำคัญของการเจ็บป่วย แสดงออกถึงความไม่สนใจ หรือสนใจข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มากผิดปกติ รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Leske, 2002) ซึ่งญาติผู้ป่วยอาจต้องการความมั่นใจในเรื่องนั้นต้องการยืนยันคำตอบที่ได้รับ หรืออาจหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูดถึงความรุนแรงของโรค การพยายามแสดงให้เห็นว่าตนเข้มแข็งสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้และต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา (Leske, 2003) โดยถ้าญาติไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอส่งผลให้ระดับความเครียดของญาติสูงขึ้นทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Aquilera, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson, et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่าครอบครัวผู้ป่วย

ในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเวิ้งคว้าง (Hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึก คือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ วิดกกังวลในขณะรอเยี่ยมไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหนและสอบถามข้อมูลได้จากใครอย่างไร วิไล สุรสาคร (2549) ได้ศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงมาก

3) ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องคอยเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอก เช่นญาติคนอื่นๆ เพื่อน ชุมชน และกลุ่มทางสังคม ทำให้รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ ไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้โดยเฉพาะในระยะแรกของการเจ็บป่วย บางครอบครัวตอบสนองต่อภาวะคุกคามนี้ด้วยการก้าวร้าว คำหยาบ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และแสดงความไม่เป็นมิตรต่อเจ้าหน้าที่ ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัวมีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วนิชกิจชาติ, 2540) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมชุมชนลดน้อยลง เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยวิกฤติเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าการเจ็บป่วยทั่วไปจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพิเศษ มีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น สมาชิกต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว จากการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วนิชกิจชาติ (2540) ที่ศึกษาครอบครัวในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินตัดสินว่า ปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ญาติของผู้ป่วยวิกฤต

สรุปเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติผู้ดูแล ครอบครัวจะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถรับรู้ เผชิญกับปัญหา ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต

ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่กะทันหัน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และอาจทำให้เกิดผลกระทบแก่บุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตนั้น ความเจ็บป่วยไม่เพียงแต่เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลที่ทำให้เกิดกับญาติผู้ป่วยด้วย (McGee, 1986; Baker & Nieswiadomy, 1988) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายของภาวะวิกฤตได้หลากหลาย ดังนี้

Aguilera & Messick (1982) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตสามารถให้ความหมายได้ 2 ลักษณะ คือ อันตรายเป็นเรื่องที่เป็นสิ่งคุกคามต่อบุคคลและครอบครัวซึ่งมักเกิดขึ้นในระยะแรกที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต แต่เมื่อเวลาผ่านไปภาวะวิกฤตอาจเปลี่ยนแปลงเป็นโอกาส เนื่องจากระหว่างที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้น บุคคลจะมีโอกาสได้พัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหาทำให้ตนเองสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น องค์ประกอบของการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล (Balancing factor) Aguilera & Messick (1986) แบ่งภาวะวิกฤตเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1) ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเป็นภาวะวิกฤตซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและทางใจ สังคม และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ เช่น เมื่อต้องการเข้าโรงเรียนเป็นครั้งแรก การเริ่มงานใหม่ การแต่งงาน หรือการเริ่มชีวิตครอบครัว และการมีบุตรครั้งแรก เป็นต้น

2) ภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดล่วงหน้า การได้รับอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่างๆ เช่น ภัยธรรมชาติ ตลอดจนภาวะที่ทำให้มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจและสังคม เช่น การพลัดพรากจากคนรัก การหย่าร้าง และความเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสและบุคคลภายในครอบครัว ภาวะวิกฤตจะมีขีดจำกัดในตัวของมันเองจะไม่เป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นบุคคลจะต้องแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่นั้น หรือถ้าแก้ไขไม่ได้ก็จะปรับตัวให้เข้ากับปัญหานั้นจึงจะมีความสมดุล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

Aguilera & Messick (1986) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะสมดุลเมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยมี 3 องค์ประกอบ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ได้แก่

1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception the event) คือ การเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตึงเครียดของตนเอง การแก้ปัญหาที่จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกตึงเครียด ความสามารถและความตั้งใจในการแก้ปัญหาที่จะขาดประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาอย่างไม่สำเร็จ ความเครียดจะยังคงอยู่ต่อไป

2) การมีระบบสนับสนุนในสถานการณ์อย่างเพียงพอ (Adequate situational Support) เมื่อบุคคลต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หากได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความเข้าใจ อาจช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ในทางตรงข้ามหากบุคคลไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน บุคคลนั้นอาจรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกสิ้นหวังไร้ที่พึ่งพิง ความตึงเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล

3) การมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Coping mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้นบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งมีวิธีจัดการความเครียด 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้น หรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และการมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการปรับตัวอารมณ์หรือความรู้สึกเครียดเพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของตน เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤตจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปกติ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรืออาจเปลี่ยนแปลงไปทีละน้อย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นและสภาพแวดล้อม นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมแล้วบุคคลอาจจะมีพยาธิสภาพทางร่างกายอีกด้วย โดยปกติขั้นตอนต่างๆ ของการเกิดภาวะวิกฤตจะใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ ถ้าภาวะวิกฤตได้รับการช่วยเหลือคลี่คลายในทางบวก บุคคลแก้ปัญหาได้ถูกต้องปรับตัวได้ บุคคลจะได้รับการเรียนรู้จากภาวะวิกฤตทำให้เกิดความงอกงาม บุคคลได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ จิตใจเข้มแข็งขึ้นทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากภาวะวิกฤตคลี่คลายไปในทางลบ บุคคลยังอยู่ในภาวะวิตกกังวลระดับสูงไม่สามารถปรับตัวได้ จึงหาทางออกในวิธีต่างๆ กลายเป็นผู้มีปัญหาทางจิตป่วยเป็นโรคประสาทได้

Herber, et al. (1987) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตเป็นภาวะเสียสมดุลภายในซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความเครียด หรือสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณคามต่อความมั่นคงชีวิต นิภาพร ภารัตน์วงศ์ (2547) กล่าวว่าภาวะวิกฤต คือ สถานการณ์ใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความยุ่งยากเป็นอันตรายคุกคามและทำลายภาวะสมดุลได้ทั้งร่างกาย และจิตใจของบุคคลหรือกระทั่งกลุ่มคนในสังคม รวมทั้งสถานการณ์นั้นๆ ทำให้บุคคลเสียศักยภาพในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม บทบาทหน้าที่ และวิจรรณญาณอันพึงมีในบุคคล

2.3.1 ระยะของภาวะวิกฤต

Lindemann (1944) และ Caplan (1964) อธิบายระยะต่างๆ ของภาวะวิกฤติเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหาแก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันเพิ่มขึ้น จนบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหาตามปกติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้มีความรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้นจนผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวรุนแรง ไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาให้แตกต่างไปจากเดิม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปได้ว่า ภาวะวิกฤต หมายถึง สถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้มีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ไขปัญหา นั้นได้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก ตึงเครียด กดดัน ยุ่งยาก และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้เป็นปกติ

2.4 แนวคิดการเผชิญภาวะวิกฤติญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะวิกฤตของญาติเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดหรือไม่ปรารถนา ให้เกิดขึ้น (อจธรา นวจินดา และกาญจนา ลุศนันท์, 2543) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดเสียสมดุลครอบครัว (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) ในภาวะที่บุคคลถูกคุกคามจากสถานการณ์หรือปัญหาย่อมกระทบกระเทือนต่อภาวะสมดุลของบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ถ้าบุคคลใช้พฤติกรรมหรือกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะเกิดสมดุลมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ซึ่งทฤษฎีเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นทฤษฎีที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่ามีผลกระทบต่อตนเอง เพราะประเมินว่าตนเองมีทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอที่จะจัดการหรือเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นทฤษฎีที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเผชิญความเครียดมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้โดยมุ่งแก้ที่ตนเอง ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญหาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์ หรือวิธีการโดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confront coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมาด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

1.2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ในการลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเองเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ชนิด ได้แก่

2.1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนาขึ้นกว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

2.2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการสุด รวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.3) การควบคุมตนเอง เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใดเพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

2.4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้นโดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมด้านข้อมูล วัตถุ หรือด้านจิตใจ

2.5) การถอยห่างหรือการเมินเฉย เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงหนีปัญหาชั่วคราว เช่น การเพ้อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดระยะหนึ่ง

2.4.1 ขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤต (Aguilera & Messick, 1986)

1) เมื่อบุคคลเผชิญการเกิดภาวะวิกฤตแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ บุคคลจะเกิดความยุ่งยากใจและมีความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติ จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะเกิดวิกฤตทางอารมณ์ได้นั้นต้องผ่านภาวะต่างๆ เป็นระยะ โดยสรุปเป็นขั้นตอนตามระยะที่เกิดได้ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนเกิดเหตุ

เมื่อมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ต่อปัญหาและรู้สึกเครียด ดังนั้นบุคคลจึงต้องพยายามหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อปรับตัว คืบสู่ภาวะปกติโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว หากบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็จะเข้าสู่ระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะรับรู้เหตุการณ์

เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ความเครียด และความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อยๆ การรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ น้อยลงมีความคิดหมกมุ่น รู้สึกขาดความเป็นตัวของตัวเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลง ดังนั้น บุคคลจึงพยายามที่จะจัดความรู้สึกละเอียดๆ เหล่านั้นออกไปโดยการมองหาที่พึ่งต่างๆ เพื่อขอความช่วยเหลือและคำปรึกษาแนะแนว ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาดตนเองได้ก็จะรู้สึกสบายขึ้น แต่หากขณะนี้บุคคลไม่สามารถพึ่งใครแก้ปัญหาไม่ได้ก็เข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤต

บุคคลมีความวิตกกังวลสูงขึ้นมาก ไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ แก้ไขปัญหาไม่ได้ กลไกทางจิตใจที่นำมาใช้ไม่สามารถทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง บุคคลจะเริ่มเสียขวัญ และเกิดความคับข้องใจ บุคคลจะพยายามระดมพลังทุกด้านเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่อีกครั้ง โดยหาวิธีอื่นๆ อีก พยายามทำความเข้าใจปัญหาอีกครั้งอย่างรอบคอบพยายามทำใจยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เพื่อความอยู่รอดของตนเอง ทั้งนี้เพื่อความคงไว้ซึ่งสมดุลของอารมณ์ หากบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ภาวะวิกฤตดำเนินไปสู่ระยะที่ 4

ระยะที่ 4 ระยะหลังวิกฤต

ซึ่งเป็นจากการปรับตัวในระยะที่ 3 บุคคลไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ ทำให้พฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต

2) ภาวะวิกฤตมีระยะเวลาจำกัดและโดยทั่วไปภาวะวิกฤตจะคลี่คลายภายในเวลา 4-6 สัปดาห์ การคลี่คลายอาจจะออกมาในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ภาวะวิกฤตมีส่วนช่วยให้บุคคลได้มีการเรียนรู้ และเสริมสร้างศักยภาพในการแก้ปัญหาและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตได้ดีขึ้น (วันเพ็ญ เกื้อหนุน, 2547) และจากการศึกษาการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัวโดย Burgess & Balwin (1981; อ้างในนิภาพร ภารัตนวงศ์, 2547) ได้แบ่งการตอบสนองภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เริ่มถูกละเมิดที่เป็นอันตราย เกิดมีผลต่อภาวะจิตใจอารมณ์ของผู้ได้รับอันตราย เป็นระยะที่บ่งชี้เริ่มมีความผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เริ่มเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แล้ว เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมก็จะผ่านพ้นปัญหาไม่ได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขไม่เหมาะสมจะไม่สามารถหลุดพ้นภาวะวิกฤตได้

ระยะที่ 4 เป็นระยะภายหลังวิกฤต เมื่อบุคคลพ้นวิกฤตแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ภายหลังภาวะวิกฤต เช่น บางคนอาจมีภาวะพิการทางร่างกายหลังอุบัติเหตุ เป็นต้น

สรุปในภาวะที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเผชิญปัญหานั้น ญาติจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์มากมายทั้งภายในและภายนอกครอบครัวมาช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาครอบครัวที่เป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตให้ลุล่วงไปได้ พฤติกรรมในการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดที่ประสบความสำเร็จในการบรรเทาความเครียดนั้น จะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้นๆ

2.5 ทฤษฎีการพยาบาลนิวแมน (2002)

นิวแมน (2002) ได้ให้ความหมายครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับสภาพให้เข้ากับครอบครัวโดยใช้แหล่งประโยชน์จากปัจจัยในครอบครัว ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว ในการปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีองค์ประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้าน (The Five Variable) คือ ตัวแปรด้านร่างกาย (Physiological) ตัวแปรด้านจิตใจ (Psychological) ตัวแปรด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) ตัวแปรด้านพัฒนาการ (Development) ตัวแปรด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ที่จะทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องโดยตัวแปรแต่ละตัวจะมีความแตกต่างกันในเรื่องพัฒนาการศักยภาพ และแบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์

2.5.1 มโนคติหลักของทฤษฎี (Metaparadigm concept)

บุคคล (Person or client) นิวแมนมองบุคคลเป็นระบบ ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ตัวแปรทั้ง 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ระบบบุคคลสามารถอธิบายได้โดยใช้รูปวงแหวนหลายล้อมรอบ โครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นศูนย์กลางประกอบไปด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น กลไก การปรับ ควบคุมอุณหภูมิ แบบแผนการตอบสนองทางพันธุกรรม ความแข็งแรงหรืออ่อนแอ เป็นต้น วงแหวนที่ล้อมรอบศูนย์กลางจะทำหน้าที่สำคัญในฐานะกลไกการป้องกัน โครงสร้างพื้นฐานหรือระบบของบุคคล

วงกลมชั้นนอกสุด เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible line of defense) เป็นเส้นประรูปวงแหวนชั้นนอกสุดโดยทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนชีวิตมิให้เข้าไปรบกวนบุคคลถึงแนวป้องกันชั้นใน

แนวยืดหยุ่นนี้มีความเป็นพลวัต (dynamic) มากกว่าคงตัว (stable) และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ชั่วขณะ ระยะเวลาสั้นๆ เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการกิน การนอน การขับถ่าย

แนวป้องกันขั้นที่ 2 เป็นแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) เป็นเส้นที่รูปวงแหวน ชั้นในถัดจากแนวยืดหยุ่นล้อมรอบแนวป้องกันต่อต้าน แนวป้องกันปกตินี้จะแสดงถึงภาวะหรือระดับ ความปกติสุขของคน แนวป้องกันปกติเป็นมาตรฐานการรักษาภาวะสมดุลของบุคคล โดยได้รับอิทธิพล จากตัวแปรต่างๆ ของระบบ สิ่งรบกวนใดๆ ก็อาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาในระบบได้เมื่อผ่านแนวยืดหยุ่น มาถึงแนวป้องกันปกติ ปฏิกิริยาตอบโต้ที่เกิดขึ้นในระบบจะลดความสามารถของระบบในการตอบโต้ สิ่งรบกวนชีวิตอื่นๆ ที่เพิ่มเข้ามา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความสามารถของแนวปกติลดลง เช่น ระยะเวลา พัฒนาการ การปรับตัวของคน เป็นต้น

แนวป้องกันขั้นในสุด เป็นแนวป้องกันต่อต้าน (Line of resistance) เป็นเส้นประรูปวงแหวน ชั้นในสุดล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐานเป็นแนว เป็นสิ่งที่อยู่ภายในบุคคลจะถูกกระตุ้นให้ทำงาน โดยสิ่งรบกวนที่ผ่านแนวป้องกันปกติเข้ามา แนวป้องกันต่อต้านจะประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ทั้งที่ รู้จักและไม่รู้จักทำหน้าที่ค้ำจุนโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว การสร้าง ภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นต้น ประสิทธิภาพการทำงานของแนวป้องกันต่อต้านจะช่วยให้ระบบ สามารถปรับตัวต่อสู้กับสิ่งรบกวนเพื่อรักษาสมดุลหรือภาวะปกติของระบบเอาไว้ การขาด ประสิทธิภาพ การทำงานของแนวป้องกันการต่อต้านจะนำไปสู่การเสียสมดุลและถึงแก่ชีวิตได้

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในหรือที่มีอิทธิพล แวดล้อมผู้รับบริการ หรือระบบผู้รับบริการ หรือบุคคลจะมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม หรือได้รับอิทธิพล จากแรงผลักดัน (Force) ในสิ่งแวดล้อมทั้งทางบวกและทางลบ สิ่งแวดล้อมภายในประกอบด้วยแรงผลักดัน หรืออิทธิพลภายในขอบเขตของระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับมโนคติของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิต ภายในบุคคลสิ่งแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วยแรงผลักดันหรืออิทธิพลภายนอกซึ่งอยู่ภายนอกขอบเขต ของระบบ มีความสัมพันธ์มโนคติของปัจจัยหรือสิ่งรบกวนชีวิตทั้งภายนอกและระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ (Created-environment) เป็นตัวแทนพลังงานของระบบเปิด ซึ่งมีการแลกเปลี่ยน กับสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมชนิดนี้บุคคลพัฒนาขึ้นโดยไม่รู้ตัว สิ่งรบกวน ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกขอบเขต ระบบของผู้รับบริการ สิ่งรบกวนชีวิตมากกว่า 1 อย่าง อาจเกิดขึ้น กับผู้รับบริการเมื่อใดก็ได้ สิ่งรบกวน ชีวิตในสิ่งแวดล้อมจำแนกออกเป็นภายใน ระหว่าง และภายนอก กล่าวคืออาจเกิดขึ้นภายในและภายนอก บุคคล สิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคล (Intrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายในขอบเขต เช่น ปฏิกิริยาตอบโต้ ในสถานการณ์ต่างๆ สิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล (Intra-personal stressor) เป็นสิ่งรบกวนชีวิตซึ่ง เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น การคาดหวังในบทบาท

ของบุคคล แบบแผนการติดต่อสื่อสารสิ่งรบกวนชีวิตภายนอกบุคคล (Extra-personal stressor) ภายนอกขอบเขตของบุคคลในระยะไกล เช่น นโยบายทางสังคม เศรษฐกิจ

สุขภาพ (Health of wellness) นิวแมนมองว่าสุขภาพอยู่บนความต่อเนื่องคนละด้านกับความเจ็บป่วยสุขภาพของบุคคลนั้นเท่ากับภาวะสมดุลสูงสุดของระบบ กล่าวคือเป็นภาวะปกติสุข (Wellness state) สุขภาพของผู้รับบริการจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับอยู่ในขอบเขตปกติ อาจดีขึ้นหรือเลวลงได้ตลอดเวลาตลอดชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางโครงสร้างพื้นฐานและความพึงพอใจหรือไม่พอใจในการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตซึ่งมีอยู่ในสิ่งแวดล้อม นิวแมนมองสุขภาพในลักษณะที่เป็นพลังงานของการดำรงชีวิตความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย หมายถึง มีพลังงานนำเข้าอย่างต่อเนื่องระหว่างระบบกับสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจสุขภาพ คือ การตัดสินผลของสิ่งรบกวนชีวิตต่อบุคคล ในลักษณะของระดับของพลังงานในตัวบุคคล บุคคลจะดำเนินชีวิตไปสู่ภาวะสุขภาพดี เมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกใช้มากกว่าการสร้างบุคคลจะเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแก่ชีวิต

ทฤษฎีของนิวแมน (Neuman, 2002) ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Health) และความผาสุก (Wellness) ว่าเป็นภาวะหรือระดับความสมดุลของระบบ ซึ่งในภาวะนี้ระบบของครอบครัวจะเป็นระบบเปิดที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับแรง (Forces) หรือสิ่งรบกวนครอบครัว (Stressor) การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การปรับตัวของของระบบให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือการปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับระบบโดยอาศัยการตอบสนองของครอบครัวต่อสิ่งรบกวนครอบครัว (อุษณีย์ เพชรรัชชะชาติ, 2549) ภาวะสุขภาพครอบครัวจึงเป็นความสมดุลของระบบครอบครัวไว้ (Neuman, 2002) โดยมีจุดยึดเน้นที่ส่วนประกอบหลัก 2 ส่วน คือ

1) รบกวนครอบครัว (Stressor) คือ สิ่งเร้าที่กระตุ้นหรือรบกวนครอบครัวที่มีแนวโน้มในการทำให้ระบบของครอบครัวเสียสมดุล และการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว ซึ่งเป็นแรงที่คอยตอบโต้และผลักดันสิ่งรบกวนครอบครัวเพื่อรักษาสมดุลของระบบครอบครัว (Reaction) ในสถานการณ์ที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต เป็นสถานการณ์ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะเฉพาะ และประกอบขึ้นด้วยลักษณะร่วมที่เป็นพื้นฐาน โดยมีศูนย์กลางหรือโครงสร้างพื้นฐานอยู่ภายใน (The central or core structure) ศูนย์กลางดังกล่าวจะประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงอยู่ของครอบครัว เช่น รูปแบบการปรับตัวของครอบครัว แบบแผนของการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งพลังงานของระบบศูนย์กลางนั้นจะถูกป้องกันจากสิ่งรบกวนโดยแนวป้องกัน 3 แนว (Neuman, 2002) ดังนี้

1.1) แนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible line of defense) เป็นวงแหวนชั้นนอกสุดมีการทำงานที่ยืดหยุ่นตลอดเวลาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในระยะเวลาอันสั้น เช่น กลไกการปรับตัวของครอบครัว โครงสร้างทางพันธุกรรม แบบแผนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งจะทำ

หน้าที่เป็นตัวป้องกันไม่ให้สิ่งรบกวนเข้าไปทำลายแนวป้องกันปกติได้ ระบบครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุลเป็นครอบครัวสุขภาพดี

1.2) แนวป้องกันปกติ (normal line of defense) เป็นส่วนที่ครอบครัวได้พัฒนาขึ้นมาในระยะเวลาหนึ่ง เมื่อพบสิ่งเร้าก็ปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งรบกวนตามแบบแผนการปรับตัวของแต่ละครอบครัวเพื่อป้องกันไม่ให้สิ่งรบกวนไปกระทบกับโครงสร้างพื้นฐาน แนวป้องกันปกติ คือ ภาวะปกติของครอบครัว แนวป้องกันปกติจะทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนได้ในระดับปานกลาง ครอบครัวจะมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

1.3) แนวป้องกันต่อต้าน (line of resistance) เป็นแนวที่ประกอบด้วยปัจจัยภายในของแต่ละครอบครัว ซึ่งจะตอบสนองต่อสิ่งรบกวนเพื่อปกป้องโครงสร้างพื้นฐานและช่วยให้ครอบครัวกลับสู่ภาวะสมดุล การตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัวจะมีมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งรบกวนและความแข็งแรงของแนวป้องกันต่อต้าน และถ้าไม่สามารถต่อต้านได้ก็จะทำให้ระบบเสียสมดุลและเกิดการล่มสลายได้ โดยครอบครัวที่ตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัวได้ไม่ดีจะอยู่ในแนวป้องกันต่อต้าน ระบบครอบครัวจะเสียสมดุลเป็นครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

2) สิ่งรบกวนครอบครัว (Stressors) คือ สิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดและมีแนวโน้มในการทำให้ระบบของครอบครัวเสียสมดุล (Neuman, 2002) ซึ่งเป็นเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับระบบของครอบครัวที่มีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกและทางลบ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นถือได้ว่าเป็นสิ่งรบกวนครอบครัวที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกกระบวนการของครอบครัว และระบบครอบครัวจะรับรู้หรือไม่ก็ได้ ซึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีสิ่งรบกวนครอบครัวที่เข้ามากระทบครอบครัวได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1) สิ่งรบกวนภายในสมาชิกส่วนบุคคล (Interpersonal stressors) เป็นแรงหรือสถานการณ์ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของสิ่งแวดล้อมภายในตัวของสมาชิกส่วนบุคคลของครอบครัว เช่น การตอบสนองต่อสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น

2.2) สิ่งรบกวนระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Interpersonal stressors) เป็นแรงหรือสถานการณ์ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.3) สิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว (Extrafamily stressors) เป็นแรงหรือสถานการณ์ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกกระบวนการครอบครัว เช่น นโยบายทางสังคม กฎระเบียบของสังคม

นิวแมน (Neuman, 2002) มองครอบครัวเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งรบกวนครอบครัวเข้ามากระทบกับโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัว ครอบครัวจะมีการตอบสนอง

ต่อสิ่งรบกวนโดยการสร้างแนวป้องกันและแนวต้านทานของระบบครอบครัวขึ้น ซึ่งภายหลังจากมีการตอบสนองเกิดขึ้นแล้วภายในระบบอาจมีกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ (Reconstruction) เกิดขึ้นตามมาเพื่อแก้ไขระบบครอบครัวให้กลับเข้าสู่ภาวะที่สมดุล หากไม่มีกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่เกิดขึ้น ระบบจะสูญเสียพลังงานออกไปมากขึ้นและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพที่สมดุลได้อีก

จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเข้ามารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดการรบกวนสมาชิกของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อญาติทั้งทางบวกและทางลบ (Neuman, 2002) ซึ่งญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการรับรู้สิ่งรบกวนและตอบสนองต่อสิ่งรบกวนที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น ญาติที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกจะมีความแข็งแกร่งของโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัว การที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการพัฒนาหรือตอบสนองต่อสิ่งรบกวนได้ดีหรือไม่นั้นจะต้องมีการปฏิบัติภารกิจอย่างเหมาะสมตามระยะพัฒนาการของครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกและความคาดหวังของสังคม ซึ่งถ้าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติภารกิจได้เหมาะสมตามระยะการ ก็จะนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาในขั้นต่อไปและสามารถตอบสนองต่อสิ่งรบกวนได้อย่างเหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

นอกจากนี้นิวแมน (2002) กล่าวว่าประสบการณ์ในอดีตของครอบครัวมีผลต่อการรับรู้สิ่งรบกวนครอบครัวและการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีการรับรู้สิ่งรบกวนครอบครัวและมีระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนแตกต่างกันไป จากสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตขึ้นอยู่กับอดีตของญาติที่มีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา มาก่อนมักจะสามารถเผชิญกับสิ่งรบกวนชีวิตได้ดีกว่าญาติที่พบปัญหาครั้งแรก ประสบการณ์ที่มีอาจช่วยให้รู้สาเหตุของปัญหา ทางแก้ หรือแหล่งที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ ความรุนแรงปัญหาก็จะลดลงไป (อัจฉรา นวจินดา และกาญจนา ลุศนันท์, 2543)

สรุป จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต เป็นเหตุการณ์กะทันหันส่งผลให้ญาติต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์และเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา จากภาวะวิกฤตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เป็นสิ่งรบกวนญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีสิ่งมารบกวนญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตจะพยายามตอบโต้และผลักดันสิ่งรบกวนโดยการแสดงออกมาเป็นระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนเพื่อรักษาภาวะสมดุลไว้ หากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตตอบสนองต่อสิ่งรบกวนได้ดีระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนจะอยู่ในระดับแนวป้องกันยืดหยุ่น หากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตตอบสนองต่อสิ่งรบกวนได้ในระดับปานกลาง ระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนจะอยู่ในแนวป้องกันปกติ และหากญาติผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งรบกวนได้

ไม่ตีระดับการตอบสนองจะอยู่ในแนวป้องกันต่อต้าน ซึ่งญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตจะตอบสนองต่อสิ่งรบกวนจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับระยะเวลาและประสบการณ์ในอดีต นอกจากนี้การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งภายในของญาติผู้ดูแล ถ้าญาติสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ก็จะคงความสมดุลไว้ได้ แต่กรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสิ่งรบกวนที่เข้ามากระทบ อาจทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดำรงหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความขัดแย้ง และเสียสมดุล ดังนั้นเพื่อให้ญาติผู้ดูแลคงความสมดุลไว้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นที่การหาความหมายของพฤติกรรมของการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล สืบเนื่องจากแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลหรือการกระทำของบุคคลทั่วไปทุกอย่างไม่ได้จบอยู่แค่นั้น แต่พฤติกรรมหรือการกระทำทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกมีจุดมุ่งหมาย มีความหมายเฉพาะ (อลิสรา ชูชาติ, 2538) ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพวิธีการศึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้ให้ความสนใจในข้อมูลด้านประวัติชีวิต ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการศึกษาโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเน้นการวิเคราะห์โดยการตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปมัย (ศิริพร จีรวัดนกุล, 2546)

ผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาคนแรก คือ นักปรัชญาชาวเยอรมันชื่อ Edmund H. Husserl (1899-1959) ในเวลาต่อมามีนักปรัชญาและนักคิดในสาขาวิชาอื่นๆ ได้นำไปพัฒนาสู่วิธีการวิจัยทางสังคมอย่างกว้างขวาง (นิศา ชูโต, 2548) Husserl เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยามาใช้ในทางการพยาบาล ได้เสนอวิธีการศึกษาหลักทางปรากฏการณ์วิทยาไว้ 2 ประการ คือ 1) เน้นการบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียดเป็นอิสระจากทฤษฎีด้วยความรู้สึนึกคิดและความมีสติของผู้ศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบโครงสร้างที่สำคัญที่ประกอบเป็นปรากฏการณ์นั้นๆ 2) เป็นการวิเคราะห์ปรากฏการณ์อย่างตั้งใจ ใช้ความรู้สึนึกคิดและความมีสติของผู้ศึกษาพิจารณาปรากฏการณ์นั้น ไม่ใช่เฉพาะที่ปรากฏด้วยสายตาเท่านั้นแต่ต้องสามารถโยงความคิดที่มีต่อสิ่งนั้นให้ครอบคลุมทุกแง่มุมเท่าที่จะเป็นไปได้ (ศรีเพ็ญ สุภพิทยกุล, 2532)

ในศตวรรษที่ 20 Heidegger ได้พัฒนาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มาเป็นแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics (Annells, 1996) ซึ่งปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics ทำให้เข้าใจมนุษย์ได้เป็นอย่างดี โดยจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคม การให้คุณค่า ภาษา ความคิดในช่วง

เวลาที่ผ่านมา เป็นต้น จุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics เป็นการเน้นการแปลความและค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นจุดเน้นของการศึกษาทางปรากฏการณ์ในปัจจุบัน (Ray, 1992 ; อ้างใน ทิพมาส ชินวงศ์, 2541) และ Taylor (Taylor, 1994; cited in Annell, 1996) ได้กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics มีความเหมาะสมในการทำวิจัยทางการแพทย์และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมการให้คุณค่าของบุคคลในบริบทนั้นๆ การแสวงหาความเข้าใจในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ซึ่งพยาบาล และผู้ป่วยจะร่วมกันพิจารณาสิ่งที่มีอยู่จริงหรือความเป็นอยู่อันแท้จริง (Thompson, 1990; อ้างใน ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics ได้อธิบายธรรมชาติของบุคคลไว้ ดังนี้

- 1) บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติทุกสิ่งทุกอย่างกลุ่มของสัมพันธภาพ การปฏิบัติและภาษาที่สามารถได้รับมาจากวัฒนธรรมนั้นๆ
- 2) บุคคลเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่เพื่อการให้ความหมายและให้คุณค่าสาระสำคัญของบุคคลในความหมายนี้บุคคลไม่เพียงแต่อยู่ในสิ่งแวดล้อม มีความหมายและคุณค่าเท่านั้น แต่ยังมีความแตกต่างกันบนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล (Leonard, 1994)
- 3) บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง การให้ความหมายของบุคคลไม่ได้เกิดมาจากระดับความมีสติของบุคคลเพียงอย่างเดียวแต่ยังได้รับมาจาก ภาษา ประเพณี วัฒนธรรมและภูมิหลังที่สำคัญด้วย
- 4) บุคคลเป็นหน่วยรวม บุคคลไม่ใช่จะมีแต่เพียงร่างกายเท่านั้นแต่ยังมีการรวมสิ่งอื่นๆ เข้าไว้ด้วยกันนั้นคือประสบการณ์ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่นๆ การรวบรวมสิ่งต่างๆ และการรับรู้ซึ่งการปฏิบัติทั่วไปของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม การกระทำ ภาษา วัฒนธรรมและภูมิหลังตามการรับรู้
- 5) บุคคลจะอยู่ในช่วงเวลาบุคคลเป็นผู้มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาซึ่งมีมิติของเวลาเป็นองค์ประกอบของการมีชีวิต โดยการมีชีวิตในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต (Leonard, 1994)

ต่อมา Gadamer (1975; cited in Annells, 1996) ซึ่งเป็นนักปรัชญาได้เพิ่มเติมแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutics อีก 2 ประการ คือ

- 1) ภาษา ซึ่งภาษานี้จะเป็นพื้นฐานของการทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ การที่จะเข้าใจบุคคลได้ต้องค้นหาความหมายด้วยการพูดคุยกับบุคคลนั้น เพราะการพูดคุยเท่านั้นที่สามารถยืนยันข้อเท็จจริงในบริบทนั้นได้
- 2) การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งจะเกิดขึ้นโดยการที่ผู้ศึกษามองอย่างกว้างๆ ในสิ่งที่กำลังค้นหาความเข้าใจ โดยพยายามมองให้ครอบคลุมและละเอียดในสิ่งที่เกี่ยวข้อง

กับปรากฏการณ์ทั้งหมด และมองส่วนรวมของปรากฏการณ์โดยรวม จนความเข้าใจของทั้งผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเดียวกันกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลตลอดจนบริบทของบุคคลนั้น

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาถือเป็นศาสตร์ที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคลนั้นๆ และเป็นการค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ (Nature) ตามการรับรู้ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543; อ้างใน ศิริมา มณีโรจน์ และคณะ, 2547) มากกว่าจะอธิบายและทำนายเหตุการณ์ โดยมีวิธีดำเนินการซึ่งประกอบด้วย การหาแก่นแท้หรือสาระสำคัญ (Essences) ความคิดรวบยอด (Intuiting) และการทอนประสบการณ์ (Phenomenological reduction) (Streubert & Carpenter, 1995; อ้างใน ศิริมา มณีโรจน์ และคณะ, 2547)

แก่นแท้หรือสาระ หมายถึง ความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ที่ศึกษาหลังจากที่ได้สืบสวนพิจารณา วิเคราะห์ และแจกแจงปรากฏการณ์อย่างละเอียดรอบคอบ ผู้ศึกษาต้องสามารถเห็นสิ่งหลักๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นปรากฏการณ์

ความคิดรวบยอด หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการแปลความหมายที่ถูกต้อง ซึ่งต้องใช้ความคิดและเหตุผลพิจารณาใคร่ครวญถึงสิ่งที่ศึกษาอย่างอิสระแต่เป็นระบบเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งอาจต้องสืบสวนโยงใยไปสู่หลายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้อง การทอนปรากฏการณ์เป็นการย้อนดูเพื่อพิจารณาปรากฏการณ์ภายใต้การวิเคราะห์ วิธีนี้เป็นการอธิบายด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่เที่ยงตรง โดยการที่บุคคลจะย้อนกลับไปถึงสิ่งนั้นๆ ด้วยตนเองและตระหนักในปรากฏการณ์เดิม วิธีนี้ไม่ได้เป็นการลดแต่เป็นการขยายความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ให้แตกฉานออกไปในทุกแง่มุม เพื่อจะได้กลั่นกรองเอาสิ่งที่เป็นแก่นแท้ออกจากปรากฏการณ์ทั่วไปโดยปราศจากแนวคิดหรือข้อสมมุติล่วงหน้า

2.6.1 กระบวนการสำคัญในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งอธิบายกระบวนการที่สำคัญต่างๆ (Streubert & Carpenter, 1995; อ้างใน ศิริมา มณีโรจน์ และคณะ, 2547) ดังนี้

1) จรรยาบรรณของนักวิจัย นักวิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณโดยการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งต้องมีการยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจยินยอมด้วยวาจาหรือยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิได้โดยผู้ให้ข้อมูลจะปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ส่วนบรรยากาศหรือสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีความเป็นส่วนตัว และข้อมูลที่ได้เก็บมาได้ต้องเป็นความลับและวิจัยต้องวางแผนว่าจะนำข้อมูลไปเสนออย่างไรไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล เช่น การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและใช้นามสมมุติ

2) การทบทวนวรรณกรรม ในงานวิจัยเชิงปริมาณจะต้องหาวรรณกรรมมาก่อน แต่การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมต้องสัมพันธ์กับเป้าหมาย นักวิจัยจะต้องทบทวนวรรณกรรมตามเนื้อหาที่ค้นพบในปรากฏการณ์เพื่อที่จะได้ความรู้ในเรื่องนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าวๆ อาจจะช่วยพิสูจน์ข้อเท็จจริงในสิ่งที่ศึกษาได้ เพราะวรรณกรรมสามารถให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการตีความ แต่มีข้อระวัง คือ อย่าใช้วรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดที่ตายตัวเพราะอาจจะทำให้การตีความไม่เป็นอย่างที่เห็นและได้ยิน (สุภางค์ จันทวานิช, 2536)

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล มักใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียงและการสังเกต ซึ่งช่วยเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อนำไปยืนยันความตรงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์จะใช้ลักษณะการเจาะลึกแบบกึ่งโครงสร้างไม่เป็นทางการ และใช้คำถามปลายเปิดทำให้สามารถสร้างคำถามเพื่อหาข้อมูลที่เห็นว่าเกี่ยวข้องได้ต่อไปเรื่อยๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถขยายความหรือซักถามได้ตลอดเวลา โดยในการสัมภาษณ์จะเริ่มต้นด้วยการพูดคุยถึงเรื่องราวทั่วไปก่อน ไม่สร้างความอึดอัดใจ ไม่รีบร้อนในคำถามที่เจาะลึกพยายามสร้างความไว้วางใจ มีท่าที่เป็นมิตร ให้เกียรติ พูดอย่างเป็นกันเองด้วยภาษาเดียวกัน ยิ้มและแสดงความเอาใจใส่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนการสนทนาและสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น จากนั้นก็ค่อยถามให้ได้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งที่สุดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องออกมาให้มากที่สุด ดังนั้นในการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องมีจุดมุ่งหมายว่าต้องการรู้เรื่องอะไร ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าในเรื่องประเภทเดียวกัน และเตรียมคำถามเป็นแนวทางไว้บ้าง ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกเชิงความคิดความรู้สึกละอย่างอิสระมากที่สุด และควรเลือกเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมกับการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที ส่วนจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ได้แก่ (1) ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก (2) การจัดหมวดหมู่ได้รับการพัฒนาอย่างหนาแน่น และทุกองค์ประกอบได้รับการอธิบาย และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลได้รับการตรวจสอบแล้ว เป็นอย่างดี ซึ่งมักใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบด้วยการตั้งข้อสังเกต เมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์และความรู้ทางวิชาการของผู้ทรงคุณวุฒิ และหากข้อมูลไม่อึดตัวก็ต้องติดตามเพื่อที่จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมในช่วงเวลาต่อไป จนกว่าจะได้รับข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุมและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ดังนั้นภายหลังจากการสัมภาษณ์ควรพึงเทพ ให้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ทราบว่าได้ข้อมูลอะไรมาบ้างแล้วและประเด็นใดที่ต้องการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป

4) ความน่าเชื่อถือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณค่าของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาอยู่ที่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องหลากหลายและเป็นกลุ่มที่

สามารถให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เพียงพอในการอธิบายหรือเห็นภาพของสิ่งที่ศึกษาได้ชัดเจน นอกจากนี้คำถามที่นำไปใช้ต้องมีความเฉพาะเจาะจง มีความชัดเจนของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้จริงตามปรากฏการณ์ที่พบ ส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลควรเป็นข้อมูลที่บริสุทธิ์โดยไม่ใส่ประสบการณ์เดิมหรือทฤษฎีของผู้วิจัยเข้าไป แต่จะถ่ายทอดเรื่องราวจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างเป็นกลางตามข้อมูลที่ปรากฏเท่านั้น และเข้าถึงความจริงโดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเข้าไปครอบงำ ในการตีความหมายของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาหรือกล่าวง่ายๆ ว่า “เห็นอะไรก็เขียนเท่าที่เห็น” หรือ “เห็นอย่างไรก็เขียนอย่างนั้น” และหากมีคำอธิบายเชิงลบหรือข้อมูลตรงข้ามกับผลที่ได้ จะช่วยให้ข้อมูลมีความเด่นชัดมากขึ้นและน่าเชื่อถือมากขึ้น

5) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยควรทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วโดยไม่จำเป็นต้องอาศัยสถิติ แต่เป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญเพื่อโยงไปถึงการให้ความหมายของข้อมูลที่ได้อธิบายและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ทั้งหมด ตลอดจนสังเคราะห์โครงสร้างของเหตุการณ์นั้นไปประยุกต์ อธิบายโครงสร้างของปรากฏการณ์ ประเด็นสำคัญคือ ไม่ควรด่วนสรุปข้อมูล แต่ควรอธิบายปรากฏการณ์ให้ครบถ้วน จึงจะถือว่าสิ้นสุดกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ในทางการพยาบาลมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาหลายวิธี แต่โดยทั่วไปนิยมใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978; cited in Polit & Beck, 2004, p. 585) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและใช้กันแพร่หลายในงานวิจัยทางการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

5.1) อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์

5.2) อ่านข้อความเดิมอีกครั้งและดึงข้อความหรือประโยคสำคัญๆ (Extract significant phrases or statement) ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

5.3) พยายามให้ความหมายในข้อความหรือประโยคสำคัญ (Formulation meaning)

5.4) นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้วมาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน (Organize the formulated meaning in to cluster of themes) ซึ่งจะได้ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย นำหัวข้อทั้งหมดย้อนกลับไปตรวจสอบกับข้อมูลเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง

5.5) อธิบายความหมายของปรากฏการณ์ให้ละเอียดและรอบคอบ (Exhaustive description of the phenomenon) ตามข้อค้นพบบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลังจากที่ได้ข้อมูลในแต่ละประเด็นมากพอแล้ว

5.6) นำคำอธิบายอย่างละเอียดไปรวมกัน แล้วสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (Essential structure of the phenomenon) ซึ่งเป็นการตีความหรือผลการศึกษา

5.7) ทำการพิสูจน์ว่าข้อสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลนั้น เป็นข้อสรุปที่ตรงกับข้อมูลจริง (Validating data) โดยนำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูล ทำการตรวจสอบและตรวจสอบด้วยตัวผู้วิจัยเอง

การศึกษาประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยวิกฤตเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต จึงจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีค้นหาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ดังกรอบแนวคิดที่แสดง

2.7 บทบาทของพยาบาลเชิงการช่วยเหลือต่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงจนทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อบุคคลในครอบครัว (Hickey, 1996) เนื่องจากเหตุการณ์ที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้าจึงไม่มีเวลาเตรียมตัว (Leske, 1986) ความต้องการขั้นต้นคือ ความต้องการดูแลให้สภาพร่างกายคงสภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงขึ้น การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะวิกฤต การขาดการติดต่อสื่อสาร การถูกจำกัดให้รอคอยสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากในครอบครัว (Leske, 1992; Hickey, 1996) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นวิกฤต โดย สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวถึงการพยาบาลภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังนี้

1) การประเมิน (Assessment) ผู้ให้การช่วยเหลือประเมินดูว่า บุคคล ครอบครัวยุติประสพภาวะความเครียดอะไรบ้าง หรือเมื่อมีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะวิกฤตหรือไม่ โดยองค์ประกอบอื่นๆ ของบุคคลที่เรียกว่า Balancing factor

2) การวางแผน (Planning) จะปรับสมดุลอารมณ์ใหม่ โดยวิเคราะห์ดูความเข้มแข็งของบุคคล และตัดสินใจว่าบุคคลนั้นควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไร ควรประกอบภารกิจประจำวันหรือไม่ ช่วยบุคคลหาวิธีการหลายๆ อย่างในการแก้ปัญหาและร่วมมือกันเลือกวิธีที่ดีที่สุดที่จะแก้ปัญหาได้ ถ้าจำเป็นจะต้องอาศัยองค์กรในชุมชน ผู้ช่วยเหลือเป็นผู้ชี้แนะองค์กรให้ช่วยติดต่อบุคลากรช่วยเหลืออื่นๆ

3) การนำแผนไปปฏิบัติและประเมินผล (Intervention and Evaluation) หลังจากวางแผนแล้ว และบุคคลได้ทดลองวิธีการต่างๆ ที่อยู่ในแผน การวางแผนการที่ดีเมื่อประเมินผลจะประสบผลสำเร็จในการช่วยเหลือ ถ้าประเมินผลแล้วพบว่าแผนไม่ดีต้องวางแผนใหม่และลงมือปฏิบัติการใหม่

2.7.1 การพยาบาล (Nursing) (Neuman, 2002)

องค์ประกอบหลักของการพยาบาลของ Neuman (2002) ช่วยให้ระบบของญาติผู้ป่วยเกิดภาวะสมดุล ด้วยการประเมินต้นเหตุของความเครียดที่มีผลกระทบ หรือคาดว่าจะมีผลกระทบต่อระบบของญาติ ผู้ดูแล เป้าหมายคือการรักษาความสมดุลของระบบของการรับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่ง การปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ได้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคลโดยการใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบในการรักษาสมดุลของระบบนั้น พยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างการรับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

2.7.2 การปฏิบัติการพยาบาล (Prevention as intervention) ประกอบด้วย การป้องกัน 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้างแนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏเพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้านมีเป้าหมาย อยู่ในการรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบและการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 2 ไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่/ปรุ่่งแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 3 จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรุ่่งแต่งขึ้นใหม่ (Reconstitution) ภายหลังการรักษาพยาบาล กล่าวคือเมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรุ่่งแต่งขึ้นใหม่ในระบายนี้นั้นขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกัน มิให้ปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบหรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรุ่่งแต่งขึ้นใหม่อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุลหรือภาวะปกติสุขได้ในระดับสูงกว่าเดิม เท่าเดิม หรือต่ำกว่าเดิม

2.7.3 ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (2002) กับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัย (Nursing Diagnosis) เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goals) และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)

1) การวินิจฉัย (Nursing Diagnosis) ใช้ข้อมูลหลักโดยการพิจารณาจาก

- 1.1) ค้นหาปัญหาและประเมินต้นเหตุของความเครียดทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสมดุลของระบบ
 - 1.2) ประเมินสภาพและความแข็งแกร่งของโครงสร้างพื้นฐานและแหล่งพลังงาน
 - 1.3) ประเมินลักษณะของแนวทางป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายและแนวป้องกันปกติ แนวต่อต้าน ระดับของปฏิกิริยาตอบสนอง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดและ/หรือสัณยภาพของกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ภายหลังปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุความเครียด
 - 1.4) ค้นหาปัญหาทั้งหมด และประเมินปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจริงจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระบบกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน ระหว่าง และภายนอก ระบบ โดยพิจารณาปัจจัย 5 ด้าน
 - 1.5) พิจารณาอิทธิพลจากกระบวนการการดำเนินชีวิต และแบบแผนในการเผชิญความเครียดหรือวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ที่ส่งผลต่อความสมดุลของระบบ
 - 1.6) ค้นหาและประเมินแหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อนำมาใช้ในการนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี
 - 1.7) ค้นหาและสรุปข้อค้นพบและการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ
- ในการพิจารณาทุกขั้นตอน พยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัย 5 ด้านไว้เสมอ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ

2) การเขียนแผนภาวะสุขภาพดีพิจารณาจาก

- 2.1) สังเคราะห์ทฤษฎีร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่รวบรวมไว้ ทำการกำหนดปัญหาของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญ กำหนดระดับสุขภาพของผู้รับบริการ ตามความต้องการเพื่อความสมดุลของระบบ และทรัพยากรที่นำมาช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
- 2.2) เสนอเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ระบบของผู้รับบริการกลับสู่สมดุล และคงความสมดุลไว้

3) เป้าหมายทางการพยาบาล (Nursing Goals) พิจารณาจาก

- 3.1) ความร่วมมือกับระบบของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การแก้ไขความเบี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดี ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและแหล่งที่ค้นหาไว้แล้ว ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล
- 3.2) การปฏิบัติการป้องกันที่เหมาะสมและการให้ความร่วมมือกับผู้รับบริการในการคงไว้ ได้รับ หรือรักษาระบบของผู้รับบริการให้สมดุล ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้ใช้แนวทฤษฎีที่ใช้ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับการปฏิบัติการ

4) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome) พิจารณาจาก

4.1) การปฏิบัติการพยาบาลสำเร็จลงด้วยการใช้การป้องกัน 3 ระยะ คือ

- (1) การป้องกันระยะที่หนึ่ง การปฏิบัติเพื่อให้ระบบคงความสมดุล
- (2) การป้องกันระยะที่สอง การปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งความสมดุลของระบบ
- (3) การป้องกันระยะที่สาม การปฏิบัติเพื่อรักษาระบบให้สมดุล

4.2) การประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อการเตรียมข้อมูลในการป้องกันระบบต่อไป

4.3) เป้าหมายระยะกลางและระยะยาวมีไว้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลที่สอดคล้องกับผลที่เกิดจากเป้าหมายระยะเร่งด่วน

4.4) ผลที่เกิดกับผู้รับบริการแสดงให้เห็นความแม่นยำของกระบวนการพยาบาล

การนำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลเป็นกระบวนการพยาบาลที่เกิดจากการรับรู้และดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาของญาติทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ มีการตรวจสอบการรับรู้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงเหมาะสมในญาติผู้ป่วยแต่ละราย และยังทราบถึงความคาดหวัง ความต้องการการช่วยเหลือของญาติ ซึ่งพยาบาลสามารถพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลซึ่งเป็นผลลัพธ์ของพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ตามกรอบแนวคิดที่แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ประสบการณ์ของญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการเชิงการช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากประสบการณ์ตรงในชีวิตจริงของญาติผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study)

3.1 สถานที่ศึกษา (Setting)

ทำการศึกษาญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ ที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอรัญประเทศ ถูกส่งต่อไปวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computer Tomography, CT) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดสระแก้ว และถูกส่งกลับมารักษาพยาบาลต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ขนาด 180 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

3.2 ผู้ให้ข้อมูล (Participants) และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

3.2.1 คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

1) ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤติที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อทำเอกซเรย์สมองเพื่อการวินิจฉัย กรณีผู้ป่วยมีการวินิจฉัยเป็นเส้นเลือดสมองตีบหรือตันได้กลับมารักษาต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอรัญประเทศ

2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและบอกเล่าประสบการณ์ในชีวิตของตนเองได้ดี

3) มีความพร้อมยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูลในวันนัดหมาย

3.2.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการสัมภาษณ์มีขั้นตอนในการเลือกผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

- 1) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ให้ข้อมูล
- 2) มีความพร้อมในการให้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล ในวันนัดหมาย
- 3) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งศึกษาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ตัวผู้วิจัยเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งต้องมีการเตรียมพร้อมในการดำเนินการวิจัยและจัดทำ จัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ เพื่อช่วยในการเก็บวิเคราะห์และบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมผู้วิจัย

ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือ “ตัวนักวิจัย” ซึ่งมีคุณสมบัติสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ช่างสังเกต ช่างสงสัย (การใช้ประสาททั้ง 5) มีมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการสัมภาษณ์ และจดบันทึกอยู่เสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1) เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีปรากฏการณ์วิทยา โดยการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัยก่อนที่จะดำเนินการศึกษาเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจได้ว่ามีองค์ความรู้ ความเข้าใจ สามารถเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพได้อย่างสมบูรณ์ โดยศึกษาแนวคิด หลักการจากแหล่งความรู้ต่างๆ ด้วยตนเอง และเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งจัดโดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เรื่อง “การวิจัยคุณภาพในบริการสุขภาพ : แนวคิดและการปฏิบัติ (Quality Research Techniques)” ในระหว่างวันที่ 6-10 ธันวาคม 2554 จำนวน 5 วัน จำนวน 45 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยอย่างลึกซึ้งและถ่องแท้ เพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัยที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ให้มากที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากตำรา วารสาร และเอกสารต่างๆ ตลอดจนได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจลึกซึ้งยิ่งขึ้น

1.2) ด้านเนื้อหาวิชาการผู้วิจัย ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางหลอดเลือดสมอง การตรวจและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองการเผชิญภาวะวิกฤติของครอบครัว การปรับตัวของญาติผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน การใช้ชีวิตการดูแลตนเองเมื่อเผชิญภาวะวิกฤติ ปัญหาอุปสรรคในการปรับตัว เพื่อต้องการทราบถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย จากความเจ็บป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ตลอดจนแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤต

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบแนวคำถามการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้ออกแบบแนวคำถามการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้ วันที่สัมภาษณ์ ชื่อผู้ให้ข้อมูล ภูมิลำเนา เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิค่าใช้จ่าย ลักษณะงานอาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค วันที่ญาติพาผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งต่อ และการส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์ประสบการณ์การเผชิญภาวะวิกฤตญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ที่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การให้ความหมาย ความรู้สึก ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการและความต้องการความช่วยเหลือ โดยมีขั้นตอนการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจ การรักษา การเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วย ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย การปรับตัวและการช่วยเหลือการเผชิญภาวะวิกฤต ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤตทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2.2) พุดคุยกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อหาข้อมูลในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์

2.3) รวบรวมแนวคิดทฤษฎี ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ จากผลการศึกษาวิจัยต่างๆ และข้อมูลที่ได้จากการพุดคุยกับผู้ป่วย มาสร้างเป็นคำถามในการสัมภาษณ์

2.4) นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบข้อมูลแนวคำถามให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.5) นำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวนอย่างน้อย 1 ราย เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.6) นำแนวคำถามที่ปรับปรุงแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง

2.7) เสนอแนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน

และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามและกรอบคำถาม
ในประเด็นที่ทำการศึกษา

2.8) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะไปปรับปรุง
แก้ไขครั้งสุดท้าย เพื่อใช้ประกอบการขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ตัวอย่างคำถาม

1) ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาที่
ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

2) ในความคิดของท่านเข้าใจอย่างไรกับโรคหลอดเลือดสมอง

3) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันในญาติของท่านครั้งนี้มีผลกระทบกับ
ครอบครัวท่านอย่างไรบ้าง

4) ท่านมีวิธีการจัดการปัญหาอย่างไร ผลเป็นอย่างไรบ้าง

5) การที่ท่านต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของท่านอย่างไรบ้าง
ท่านดูแลตัวเองอย่างไร

6) ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้าง

7) มีใครเคยบอกเหตุผลในการใช้เครื่องมือต่างๆ กับผู้ป่วยบ้างหรือเปล่า

8) มีวิธีปรับตัวอย่างใดบ้างเพื่อให้อยู่กับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

9) ท่านเคยมีประสบการณ์ปัญหาที่คล้ายๆกับครั้งนี้หรือไม่ แล้วทำอย่างไร

10) ผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวของท่านเป็นอย่างไรบ้าง เพียงพอกับการใช้
จ่ายของท่านหรือไม่ ท่านทำอย่างไร

11) มีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ท่านประสบและต้องการความช่วยเหลือ

12) ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

13) ท่านคิดว่าครอบครัว/ ญาติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้อย่างไรบ้าง

14) อะไรที่อยากเล่าเพิ่มเติมอีกเกี่ยวกับการบริการการพยาบาลแก่ญาติแจ้งให้ญาติ
ผู้ป่วยทราบก่อนย้ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

3.4 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณา
โครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception category) มีขั้นตอนในการขออนุมัติและ
วิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ.2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5) (ภาคผนวก ข)

2) เสนอหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์จากคณะกรรมการการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/ สารนิพนธ์ ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารประกอบการขออนุมัติ มีดังนี้

- (1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย
- (2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัย
- (3) โครงร่างการวิจัย
- (4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- (5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3) นำโครงร่างวิจัยเสนอรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ ผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรัฐประเทศ ตามระเบียบของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

4) พบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยนอนพักรักษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

5) เตรียมเครื่องบันทึกเสียงระบบดิจิทัล แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ ไว้ให้พร้อมเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

6) ทดลองฝึกการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 1 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงแนวคำถามก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง รวมทั้งเป็นการฝึกทักษะ เทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

7) พบพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ เพื่อชี้แจงพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูล

8) ขออนุญาตใช้ห้องให้คำปรึกษาญาติเป็นสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่นัดผู้ให้ข้อมูลไว้ ซึ่งอาจเป็นวันหยุดหรือนอกเวลาราชการของผู้วิจัย

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย

1) ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อเข้าร่วมวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน

2) ผู้วิจัยเข้าไปพบพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพเพื่อทบทวนให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยแจ้งให้ทราบว่า

จะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการตอบสนองความต้องการของญาติในการเผชิญภาวะวิกฤติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายและให้ทำหน้าที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยกรณีญาติผู้ป่วยตกลงยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายเพื่อกำหนดเวลาและผู้ให้ข้อมูลสะดวก และมีความพร้อมในการให้ข้อมูลโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ในช่วงเวลาประมาณ 14.00 -15.00 น. ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถที่จะปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ แนวทางการศึกษาวิจัย ขอความร่วมมือและขออนุญาตเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ต่อจากนั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนเกิดความไว้วางใจ และมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล

3) การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ บอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับเกณฑ์การเลือกตัวอย่างในการทำการศึกษาวินิจฉัยวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา แจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ว่าจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ร่วมกับการจดบันทึกในขณะสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึกจะจดสั้นๆ เฉพาะข้อความสำคัญเท่านั้น ส่วนรายละเอียดจะถูกบันทึกเสียงไว้ ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ให้ผู้อื่นทราบและผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล จากนั้นให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยจนกระจ่างและตัดสินใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยตามแนวทางในแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ที่จะสัมภาษณ์ โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลว่าจะเป็นเมื่อใด

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึก

4.1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยจะพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยแนวคำถามที่สร้างขึ้น อาจจะตั้งคำถามเพิ่มเติมสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามาในขณะที่ยังสัมภาษณ์และใช้เทคนิคการสะท้อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการจะสื่อ บันทึกเสียงและจดบันทึกสั้นๆ เฉพาะบางประเด็นที่ต้องการ

ถามซ้ำในภายหลังเพื่อเกิดความชัดเจนโดยไม่ขัดจังหวะในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลพูด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้ง และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	ใช้เวลา 50 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 1 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	ใช้เวลา 45 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 16 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	ใช้เวลา 40 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	ใช้เวลา 40 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5	ใช้เวลา 45 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 26 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6	ใช้เวลา 40 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 28 กรกฎาคม 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7	ใช้เวลา 40 นาที	วันที่สัมภาษณ์ 17 สิงหาคม 2556

4.2) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) คือ การจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัย สังเกตสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกที่ซ่อนเร้นในใจแสดงออกมาหรือพฤติกรรมที่แสดงออกในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยบันทึกในประเด็นที่ค้นพบ สถานที่ วัน เวลา สีหน้า ท่าทาง ลักษณะคำพูดน้ำเสียงตามความเป็นจริงในแต่ละครั้งทันที เพื่อป้องกันการลืม การจดบันทึกจะจดข้อความสำคัญในขณะที่ให้สัมภาษณ์

4.3) บันทึกเสียงขณะให้สัมภาษณ์ (Audio tape record) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้ก่อนจะบันทึกเสียงผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน ถ้าผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมจึงจะทำการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็กพกพา ไม่ใช่ไฟฟ้าและไม่ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไมโครโฟน

4.4) ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมายโดยยึดหลักเป็นผู้มีจริยธรรมจรรยาบรรณในการวิจัย เช่น มีความตรงต่อเวลานัดหมาย ไม่ผิดคำพูด ในกรณีที่ไปพบผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ควรแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือหนังสือ แจ้งสาเหตุการไปพบผู้ให้ข้อมูลตามนัดหมายไว้ไม่ได้ ผู้วิจัยนำผู้ให้ข้อมูลไปยังห้องให้คำปรึกษาที่เตรียมไว้เพื่อทำการสัมภาษณ์และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ห้ามรบกวน เพื่อป้องกันการรบกวนสมาธิในขณะการสนทนา

4.5) เมื่อสร้างสัมพันธภาพด้วยการเริ่มพูดคุยในเรื่องทั่วไปจนเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มถามคำถามง่ายๆ แบบกว้างๆ ก่อนเช่น “วันนี้สบายดีหรือเปล่า” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่เกี่ยวกับการเผชิญภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่ได้จัดเตรียมขึ้นมาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และใช้เทคนิคการฟังที่ดีซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของนักวิจัย

4.6) เมื่อมีสัมพันธภาพในระดับดีแล้ว นักวิจัยสามารถชักชวนให้ผู้ให้ข้อมูลสนทนาพูดคุยด้วยวิธีการง่ายๆ ชวนคุยเรื่องอื่นก่อนโดยใช้ภาษาท่าทาง เช่น การมองหน้า สบตา ยิ้ม การพยักหน้าเป็น

การรับรู้หรือใช้คำว่า “กะ” ขานรับเป็นระยะ หรือการทวนย้ำคำท้ายของผู้ตอบบ่อยๆ แล้วหยุดรอฟังคำตอบอย่างเป็นไปอย่างธรรมชาติ เมื่อผู้วิจัยถามจะต้องคอยฟังคำตอบอย่างตั้งใจและจริงจังด้วยความกระตือรือร้นแต่มิใช่สอดรู้สอดเห็น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจ มั่นใจและเชื่อว่าเราจะไม่นำความลับไปทำความลำบากใจให้แก่เขาในภายหลัง (นิศา ชูโต, 2551)

4.7) การยุติการสนทนา เมื่อผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และตรวจสอบว่าข้อมูลได้ครบถ้วนในประเด็นที่ต้องการทราบแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามและผู้ให้ข้อมูลปรารถนาจะเล่าให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายประสบการณ์ที่ค้างอยู่ในความคิดและพูดคุยในเรื่องทั่วไปหรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการทราบเกี่ยวกับห้องผ่าตัดจนหมดข้อสงสัย ผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณและนำออกจากห้องให้คำปรึกษาสิ่งที่หน้าห้องของผู้ป่วยพร้อมกล่าวคำขอบคุณอีกครั้ง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้วิธีการหลักโดยการสร้างข้อสรุปจากการศึกษาประสบการณ์ที่ได้ในแต่ละราย ซึ่งข้อมูลที่น่าสนใจวิเคราะห์เป็นข้อความเชิงพรรณนา (descriptive) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาต้องอาศัยความตั้งใจด้วยการสังเกต คิดพิจารณา รวบรวมความคิดความเข้าใจทั้งหมดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ และบรรยายมาโดยผ่านกระบวนการสังเคราะห์ทางความคิดของผู้วิจัยต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวคิดของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978; cited in Beck, 1994) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1) ถอดความจากเครื่องบันทึกเสียง ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวันผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาถอดเทปโดยฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยไม่มีการตีความ และจดบันทึกข้อมูลเชิงบรรยายทุกคำพูดตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้สัมภาษณ์ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ และอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้ซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ได้รับการบอกเล่าความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและข้อมูลในสมุดบันทึกภาคสนามของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา พร้อมทั้งการตรวจข้อความที่ไม่ชัดเจนและไม่ครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ เพื่อนำข้อความนั้นไปขอสัมภาษณ์เพิ่มเติม ทางโทรศัพท์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและครบถ้วนมากที่สุด

2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกในแต่ละครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ในประเด็นที่ต้องการศึกษา เพื่อยืนยันว่าเนื้อหาสาระที่ได้มีความถูกต้องและเป็นความจริง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นข้อสรุปเบื้องต้นหรือการแปลความเบื้องต้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้ง และความอึดตัวของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา โดยปฏิบัติเช่นนี้กับผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่

ทำการศึกษาจนครบถ้วนและนำข้อมูลที่ผ่านการวิจัยมาจากอาจารย์ที่ปรึกษากลับมาอ่านทบทวนข้อความอีกครั้ง แล้วทำการดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมาย ความรู้สึก พฤติกรรมที่ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตที่ดี ความวิตกกังวล ความกลัวและความเครียด ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล บุคลากร และทีมสุขภาพ รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยการขีดเส้นใต้ข้อความที่เกี่ยวข้อง (Coding) ในประเด็นนั้นๆ

3) พยายามให้ความหมายในแต่ละข้อความที่ค้นพบ ภายใต้การบอกเล่าที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในแต่ละประโยคอาจมีความหมายมากกว่าหนึ่งประเด็น หลังจากนั้นจึงนำข้อความสำคัญเหล่านั้นไปแยกบันทึกในตารางข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นข้อมูลที่จัดไว้เป็นหมวดหมู่ในประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ การให้ความหมายของ “ภาวะวิกฤต” ประสิทธิภาพในการเผชิญภาวะวิกฤต และความต้องการช่วยเหลือเชิงวิชาชีพพยาบาล

4) อ่านข้อความเดิมซ้ำ แล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน ซึ่งจัดได้ทั้งกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับกลุ่มใหญ่ในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลใดที่ได้มาแล้ว ข้อมูลใดที่ยังขาดอยู่หรือยังไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วนเพื่อวางแผนและกำหนดประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายที่ต้องค้นหาหรือสอบถามเพิ่มเติมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายนั้นๆ ต่อไป เมื่อข้อมูลประเด็นที่ศึกษามีข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิมและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้นหรือเรียกว่า ข้อมูลอิมมัวคือ เป็นการสิ้นสุดเก็บรวบรวมข้อมูล

5) เขียนคำอธิบายความหมายของประสบการณ์ที่ทำการศึกษจากผู้ให้ข้อมูลที่ค้นพบจากประสบการณ์จริงที่รวบรวมได้ หลังจากได้รับข้อมูลในแต่ละประเด็นที่ศึกษามากเพียงพอแล้วโดยตัดข้อมูลส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไป

6) อธิบายโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมดของปรากฏการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้กระทำในช่วงของการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อใกล้สิ้นสุดการศึกษาโดยนำรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่เขียนอธิบายไว้อย่างชัดเจนมารวมกัน และสรุปว่าข้อสรุปประสบการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายให้ข้อมูลนั้นเป็นข้อสรุปที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง จึงนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาเห็นด้วยจึงจะถือเป็นข้อสรุปประสบการณ์การเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นการสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูล

รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ผู้ป่วยและความต้องการการบริการทางการพยาบาลนำเสนอในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติต่อการบริการการพยาบาล และพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ดังผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อสรุปประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ จากผู้ให้ข้อมูลได้ 5 ข้อสรุป ดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านบทบาทหน้าที่ร่างกายและจิตใจ

ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกับพยาบาล

ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประ โยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

ข้อสรุปที่ 5 ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 การได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต

4.2 การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิง 5 ราย เพศชาย 2 ราย มีอายุน้อยที่สุด 26 ปี และอายุสูงสุด 51 ปี อายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ มีเพียง 1 ราย ที่มีสถานภาพโสด ในจำนวนผู้ที่สมรสไม่มีบุตร 3 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 3 ราย จบอนุปริญญาจำนวน 1 ราย จบปริญญาตรีจำนวน 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรสาวและบุตรชาย 3 ราย นอกนั้นเป็นสามีและภรรยาอย่างละ 4 ราย โดยส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพแม่บ้าน นอกนั้นประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้างและรับราชการสำหรับรายได้ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้โดยเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ขณะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ มีเพียง 3 ราย ที่รายได้เพียงพอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 8)

ลักษณะ	ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ	หญิง	5
	ชาย	2
อายุ (ปี)	30 – 40	4
	51 – 60	2
สถานภาพสมรส	โสด	1
	คู่	6
จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร	3
	มีบุตร	4
ศาสนา	พุทธ	7

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 8) (ต่อ)

ลักษณะ	ข้อมูล	จำนวน (ราย)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1
	ปริญญาตรี	2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	3
	สามี	1
	ภรรยา	3
ลักษณะงานอาชีพ	รับจ้าง	3
	ข้าราชการบำนาญ	1
	แม่บ้าน	3
รายได้โดยเฉลี่ย (บาท /เดือน)	5,000 - 10,000	4
	10,000 - 20,000	2
	20,000 - 30,000	1
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	3
	ไม่เพียงพอ	4

ส่วนที่ 2 ข้อสรุปของประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อสรุปของประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤตและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าสะท้อนความรู้สึกต่อการบริการการพยาบาลและความต้องการในด้านต่างๆ สรุปได้ 5 ข้อ ดังนี้

- ข้อสรุปที่ 1 : เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านบทบาทหน้าที่ร่างกายและจิตใจ
- ข้อสรุปที่ 2 : ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วยการพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ข้อสรุปที่ 3 : ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล
- ข้อสรุปที่ 4 : ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- ข้อสรุปที่ 5 : ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 การได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปย่อยและข้อสรุปใหญ่เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลเชิง การช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคของ Colaizzi (Colaizzi, 1978; อ้างใน ศิริมา มณีโรจน์ และคณะ, 2547, น. 138-149) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและ เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลกระทบบต่อคนรอบข้างทั้งด้านบทบาทหน้าที่ร่างกายและจิตใจ

1.1) จับกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

รายที่ 1 “มันเกิดกะทันหัน แขนขาขยับไม่ได้” ตอนนี่ยังพูดไม่รู้เรื่อง นอนหลับเป็นส่วนใหญ่ ร่างกายแข็งไม่มีความรู้สึกเลย ป้าคือไปหมด คิดอะไรไม่ออกรู้สึก หมดอ้ายตายอยาก² ป้า ไม่อยากทำอะไรเลย³นอนก็ไม่หลับกลัวว่าจะเป็นอะไรเมื่อวานทำนาอยู่ดีๆ แท้ๆ “อยู่ๆ แกก็เป็นลมลงไป” ป้าก็เอา ยาดมมาให้แกก็อาเจียนแขนขาขยับไม่ขึ้น ลูกไม่ขึ้น ป้าตกใจมาก³ รีบเรียกเพื่อนบ้านไปส่งโรงพยาบาล”

รายที่ 2 “ทั้งครอบครัวไม่กล้าทิ้งแก่ไปไหน กลัวป่าจะไม่ฟื้น³ เหตุการณ์เพิ่งเกิดเมื่อวานนี้เองขณะลุงกำลังขับรถ ผ่านทางรถไฟเพื่อจะไปศรีษะเกษ อยู่ๆ ป้าก็ชักขึ้นมา¹ ตกลงหมดทำอะไรกันไม่ถูก³ ลุงและลูกๆ พาเข้าโรงพยาบาล” “ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์มาลุงยังไม่ได้นอนเลย ตอนนี้ปวดหัวไปหมด”²

รายที่ 3 “ตอนแรกก็ตกใจมากทำอะไรไม่ถูก³ ไม่รู้ว่าแจะจะเป็นรุนแรงเช่นนี้¹ เมื่อวานตอนเช้าแก่ก็ตื่นมานั่งทอเสื้อตามปกติของแกอยู่ๆ ก็เป็นลมไป”

รายที่ 4 “ประมาณบ่ายสองโมงช็อกด้วยตัวให้แม่กิน เห็นด้วยตัวไหลออกจากปาก แขนข้างซ้ายยกได้เล็กน้อย มือซ้ายจับอะไรไม่ได้¹ ก็เลยเรียกรถมารับ รถเขาออกไปข้างนอกกว่าจะมา รับเกือบครึ่งชั่วโมง กว่าถึงโรงพยาบาลอีกครึ่งชั่วโมง พอมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลเขารายงาน น้องเขาแจ้งหมอให้ มาถึงโรงพยาบาลสี่โมงครึ่ง หมอบอกว่ามาช้าไปไม่สามารถส่งเข้าระบบ Stroke Fast Track หนูรู้สึกเสียใจที่พาแม่มาโรงพยาบาลช้า²” “เมื่อคืนนอนไม่หลับ³ ยังตกใจอยู่เลย เครียดมาก³ ปกติแม่แข็งแรงดี ตอนนั้นก็เริ่มทำใจที่จะดูแลแม่ให้ดีที่สุด ก็ขอพระพระภาวนาให้แม่ฟื้นตัวได้เร็ว”

1.2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้ ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 ข้อความสำคัญมันเกิดกะทันหัน แขนขาขยับไม่ได้ “อยู่ๆ ป้าก็ชักขึ้นมา” “อยู่ๆ ก็เป็นลมไป” ขณะที่แม่ทานด้วยตัว “เห็นด้วยตัวไหลออกจากปาก แขนข้างซ้ายยกได้เล็กน้อย มือซ้ายจับอะไรไม่ได้” ก็เลยเรียกรถมารับ จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “มันเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 ข้อความสำคัญ “มันตื้อไปหมด คิดอะไรไม่ออก หมอตายอยากนอนก็ไม่หลับเลย กลัวลุงจะเป็นอะไร” “ไม่กล้าทิ้งแก่ไปไหน กลัวป่าจะไม่ฟื้น” “ตอนนี้ทุกคนก็มาเฝ้า ยากันหมด ยังไม่มีใครกลับกลัวแก่เป็นอะไรไป” “เมื่อคืนนอนไม่หลับเลย เครียดอยู่ ยังตกใจมาก” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ด้านบทบาทหน้าที่”

ข้อสรุปย่อยที่ 3 ข้อความสำคัญ “อยู่ๆ แกก็เป็นลมลงไป ป้าก็เอาขาดมมาให้ แกก็อาเจียน แขนขาขยับไม่ขึ้น ลูกไม่ขึ้น ป้าตกใจรีบเรียกเพื่อนบ้านไปส่งโรงพยาบาล” “รู้สึกเสียใจที่พาแม่มาโรงพยาบาลช้า” ตกใจหมดทำอะไรกันไม่ถูก¹ จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ด้านร่างกายและจิตใจ”

1.3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 3 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างทางด้านบทบาทหน้าที่ ร่างกายและจิตใจ”

ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าของการรักษา

วิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

2.1) จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ

รายที่ 1 “ไม่มีใครบอกอะไร เราก็อายุรู้” แต่เกรงใจเขาเห็นเขาอยู่กับการดูแลงกันอยู่ “บางครั้งพอประตูเปิดออกมาก็แอบมองดู” ไม่กล้าถาม เห็นเขาอยู่กันอยู่ก็แอบมองดูตอนประตูเปิดออกมา ตาจ้องแต่คอยดูประตูเปิดจะได้มองเห็นเขาทำอะไรกับดู”

รายที่ 2 “ไม่มีใครให้ข้อมูลอะไร” เขารุมช่วยป้ากันอยู่ แต่ก็อยากรู้ว่าจะเป็นอะไรมากหรือป่าว แล้วมันจะหาย เหมือนเดิมไหมหมอ”

รายที่ 3 “ไม่เข้าใจ ไม่เคยเห็น คิดว่ามันเส้นโลหิตฝอยในสมองแตก” อยากรู้ว่าป้าเป็นอย่างไรบ้าง ตอนป้าเข้าไปห้องฉุกเฉินเขาให้มารออยู่หน้าห้อง บอกว่าถ้ามีอะไรเขาจะเรียก รอตั้งนานไม่เห็นมีใครมาเรียกมาบอกอะไร” เขามอบอกอีกทีตอนส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง”

รายที่ 4 “บางทีเรารู้สึกทรมานระหว่างนั่งคอย ‘ไม่รู้ว่าเป็นอะไร’ ‘ไม่มีใครบอกอะไร’ แต่เจ้าหน้าที่เขาดูแลคนไข้ดีทุกคน เขาคงยุ่งมีคนไข้หลายคน “ใช้เวลานานไหมกว่าเขาจะกลับมาเหมือนเดิม”

รายที่ 5 “ไม่มีใครบอกอะไร” ตอนเข้าห้องฉุกเฉิน ลูกก็เข้าไปด้วยแต่คนไข้เยอะมาก มีคนไข้คนอื่นหนักเหมือนกัน เขาก็ไปดูคนไข้คนอื่นก่อน ลูกว่าช้า พยาบาลเขาทำเต็มที่แต่คนไข้หลายคนเขาทำงานไม่ทันคนไข้เยอะ พยาบาลน้อยคงไม่มีเวลามอบอกอะไร แต่ก็อยากรู้จะเห็นเขาอยู่กันไม่กล้าถาม”

รายที่ 6 “ไม่มีใครบอกอะไร” เขาอยู่เราก็เข้าใจนะ แต่เราก็อายุรู้ที่ให้รอ รออะไร” จะไปไหนต่อหรือป่าว” แต่ผ่านไปเกือบชั่วโมงยังไม่เห็นมีใครมาบอกอะไร”

2.2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้ ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 ข้อความสำคัญ “ไม่มีใครบอกอะไร เราก็อายุ” “ไม่มีใครให้ข้อมูลอะไร” “ไม่เข้าใจ ไม่เคยเห็น คิดว่ามันเส้นโลหิตฝอยในสมองแตก” และ “บางทีเรารู้สึกทรมานระหว่างนั่งคอย ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ไม่มีใครบอกอะไร” พยาบาลน้อย คงไม่มีเวลามาทบอกอะไร แต่ก็อยากรู้จะเห็นเขาด้วยกันไม่กล้าถาม”

จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ญาติต้องการรับรู้ข้อมูลจริงของผู้ป่วย”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) “ตอนประตูเปิดออกมา ตาจ้องแต่คอยดูประตูเปิดจะได้มองเห็นเขาทำอะไรกับลุง” รอตั้งนานไม่เห็นมีใครมาเรียกมาบอกอะไร เขามาทบอกอีกทีตอนส่ง X-ray คอมพิวเตอร์สมอง” และ “แต่ก็อยากรู้จะเป็นอะไรมากหรือป่าว แล้วมันจะหาย” “แต่เจ้าหน้าที่เขาดูแลคนไข้ดีทุกคน “ใช้เวลานานไหมกว่าเขาจะกลับมาเหมือนเดิม”

จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ญาติต้องการรู้ข้อมูลตลอดเวลา”

2.3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 2 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง”

ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล วิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

3.1) จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

รายที่ 1 “อยากเข้าไปดูลุงใกล้ๆข้างใน¹ กลัวลุงตาย “อยากรู้ว่าเป็นมากหรือป่าว หมอเขาทำอะไรให้ลุงบ้าง”² “ต้องการให้เขานุญาตเข้าไปอยู่ใกล้ๆ ลุง³ อยากรู้ว่าลุงเป็นอย่างไรบ้างสงสารลุงมาก ถ้าไม่ให้เข้าก็อยากให้มีใครมาบอกอาการลุงบ้าง” เพื่อลุงเรียกหาจะได้รู้ว่าป้าอยู่ใกล้ๆ⁴ ลุงก็คงอยากให้ป้าเข้าไปอยู่ด้วย จะได้มีกำลังใจ ไม่กลัว”

รายที่ 2 “ก็อยากดูแลตลอดอยากอยู่ใกล้ๆ¹ เขาก็ให้ลุงอยู่ด้วยคอยจับไม่ให้ป้าเดิน ดึงสายอะไรต่อ มิอะไรไม่ให้หลุด”²

รายที่ 3 “พยาบาลเขาคงยุ่ง อยากเข้าไปดู¹ว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง หลายคนเขาให้มารอข้างนอกก็ไม่กล้าเข้าไป¹ กลัวว่าเขาเอา แต่เราก็ห่วงแฟนเรา มานั่งรอข้างนอกก็อยากรู้ว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง”² ก็จะไปดูอยู่ใกล้ๆ คอยจับมือแต่ไม่ให้ถึงสายอะไรออก² อยากรู้ว่าอาการเป็นอย่างไร แต่ก็ไม่รู้จะเกาะเกาะเขาหรือป่าว กลัวเขาทำอะไรให้ยายไม่ถนัด ตอนเข้าไปเขาก็มารุมช่วยยายกันทุกคน เขาให้ญาติรอข้างนอก”

รายที่ 4 “อยากเข้าไปดูว่าแม่เราเป็นอย่างไรบ้าง¹ พยาบาลเขาคงยุ่ง คนไข้หลายคน¹ ถ้าหนูไม่ได้เป็นพยาบาล หนูว่าญาติก็คงอยากเข้าไปดูเหมือนกันไปช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยจับมือไม่ให้ถึงสายต่างๆ² มีคนมาเฝ้าให้ได้ออก มีอะไรก็จะได้ไปบอก ยิ่งคนไข้เยอะๆ มีญาติเฝ้ายิ่งดี”

3.2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้ ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคลดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ “อยากเข้าไปดูดูใกล้ๆ ข้างใน กลัวดูตาย อยากรู้ว่าเป็นมากหรือป่าว หมอเขาทำอะไรให้ยุ่งบ้าง” “อยากเข้าไปดูว่าแม่เราเป็นอย่างไรบ้าง พยาบาลเขาคงยุ่ง คนไข้หลายคนพยาบาลเขาคงยุ่ง “อยากเข้าไปดูว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง” และ “เขาให้มารอข้างนอก ก็ไม่กล้าเข้าไป” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ “หนูว่าญาติก็คงอยากเข้าไปดูเหมือนกันไปช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยจับมือไม่ให้ถึงสายต่างๆ² เขาก็ให้ดูอยู่ด้วยคอยจับไม่ให้ปาดัน ถึงสายอะไรต่อ มีอะไรไม่ให้หลุด” และ“มีคนมาเฝ้าให้ได้ออก มีอะไรก็จะได้ไปบอก ยิ่งคนไข้เยอะๆ มีญาติเฝ้ายิ่งดี” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล”

3.3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 3 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล”

ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1) จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ

รายที่ 2 “ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์มาลุงยังไม่ได้นอนเลย เราไม่ใช่คนที่นี่ไม่รู้จะไปพักตรงไหน อาศัยนอนใต้เตียงเอา¹ แต่ก็นอนไม่หลับ อยากพาป้ากลับศรีสะเกษไม่รู้จะได้กลับเมื่อไหร่หนอมันไม่สะดวกบ้านเราไม่ได้อยู่ที่นี้ (สีหน้าวิตกกังวลมาก)² จะได้มีญาติคนอื่นมาช่วยบ้าง¹ ยังไม่มีใครได้นอนหลับกันสักคน เมื่อไหร่หมอมจะให้กลับไปศรีสะเกษก็ไม่รู้¹” และ “ป้าช่วยตัวเองไม่ได้เลยต้องคอยเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ และ pampers สายอะไรก็ไม่รู้ กลัวหลุด อยากให้เจ้าหน้าที่มาช่วยบ้าง ทำไม่เป็น กลัวไปหมดเพราะไม่เคยทำลำบากจริงๆ หลุดแล้วก็ใส่ไม่เป็นด้วยใจมันสั่น ทำอะไรไม่ถูก² (ญาติผู้ป่วยพูดด้วยความหงุดหงิด)”

รายที่ 3 “ไม่อย่าให้มีใครส่งต่อ น่าจะมีเครื่องเอกซเรย์สมองที่นี้เพราะใช้เวลานาน²กว่าจะได้กลับ อยู่บนรถเห็นพยาบาลทำอะไรลำบาก” “บางทีเรารู้สึกทรมานระหว่างนั่งคอย ไม่รู้ว่าจะไปไหน¹ แต่สักพัก พยาบาลเขาก็เรียกเราเข้าไป บอกหมอมขอคุยด้วย เขابอกเราจะต้องไปเอกซเรย์สมองที่สระแก้ว

รายที่ 4 “ระบบส่งต่อซ้ำ¹ กว่าจะได้ส่งตัวไปสระแก้วก็เกือบหกโมง หนูกลับมาเกือบสองทุ่ม ถ้ามีเครื่องเอกซเรย์สมองที่นี้คงจะดี เอกซเรย์เสร็จก็ไปจันทร์บุรีเลย หรือไม่ก็ไปปราจีนบุรี ไม่ต้องส่งไปสระแก้ว ทำให้ซ้ำ”

รายที่ 5 “หมอและพยาบาลเขาก็ดูแลดีทุกคนเขาเร็วมากทำอย่างเต็มที่ทุกคน แต่เช้าตอนจะไปสระแก้ว เพราะต้องรอผู้ป่วยคนอื่นไปด้วยเสียนาน² อย่างอื่นก็ดีหมด”

รายที่ 6 “นี่เป็นครั้งแรกรุนแรง¹ ปกติป้าแข็งแรงแกมีโรคประจำตัวเบาหวานกับความดัน ทานยาตลอด แกดูแลตัวเองดีจะตาย ไปหาหมอตลอดไม่เคยขาดยา ตัวลุงเองแข็งแรง ลูกๆ ก็แข็งแรงดี มีงานทำกันทุกคนไม่นึกเลยว่าแกจะเป็นแบบนี้¹ (ญาติเล่าน้ำตาไหล)

รายที่ 7 “บางทีเรารู้สึกทรมานระหว่างนั่งคอย ไม่รู้ว่าจะไปไหน¹ แต่สักพักพยาบาลเขาก็เรียกเราเข้าไปบอกหมอมขอคุยด้วย เขابอกเราจะต้องไปเอกซเรย์สมองที่สระแก้ว ถ้าเส้นเลือดสมองแตกต้องไปต่อที่อื่น แต่ถ้าตีบก็กลับมารักษาที่อรัญต่อ ถ้ามีเครื่องเอกซเรย์ที่นี้คงจะได้ไม่ต้องเดินทาง²”

4.2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญ ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้ ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่าง

คำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ “เมื่อไหร่หมอมจะให้กลับบ้าน” “มันไม่สะดวกบ้านเราไม่ได้อยู่ที่นี้ (สีหน้าวิตกกังวลมาก) จะได้มีญาติคนอื่นมาช่วยบ้าง” “บางทีเรารู้สึกทรมานระหว่างนั่งคอยไม่รู้ว่าจะไปไหน” “นี่เป็นครั้งแรกรุนแรง ไม่นึกเลยว่าแจะจะเป็นแบบนี้ (ญาติเล่าน้ำตาไหล)” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “อำนวยความสะดวกกับญาติ”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่าข้อความสำคัญ “เราไม่ใช่คนที่นี้ไม่รู้จะไปพักตรงไหน อาศัยนอนได้เตียงเอา” “อยากให้เจ้าหน้าที่มาช่วยบ้าง ทำไม่เป็น กลัวไปหมดเพราะไม่เคยทำ ทำลำบากจริงๆ หลุดแล้วก็ใส่ไม่เป็นด้วย ใจมันสั่น ทำอะไรไม่ถูก” “ไม่อยากจะมีการส่งต่อ น่าจะมีเครื่องเอกซเรย์สมองที่นี่เพราะใช้เวลานาน” “เขาเร็วมากทำอย่างเต็มที่ทุกคนแต่ข้าตอนจะไปสระแก้ว เพราะต้องรอผู้ป่วยคนอื่นไปด้วยเลยนาน” “ถ้ามีเครื่องเอกซเรย์ที่นี่คงดีจะได้ไม่ต้องเดินทาง” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญ ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ส่งต่ออย่างปลอดภัย”

4.3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 2 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ”

ข้อสรุปที่ 5 ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณวิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

5.1) จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

รายที่ 1 “ป้าคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม'ก็สวดมนต์ ทำบุญก็เยอะๆ สวดมนต์ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย' ป้าแก่ ป้าเป็นคนดี ลุงคิดว่าต่อไป ป้าต้องเดินได้ มีกำลังใจดี จากลุงและลูกๆ แก่น่าจะฟื้นตัวเร็ว”¹

รายที่ 2 “ก็ทำใจ แต่ก็อยากให้มีปาฏิหาริย์' เห็นคนข้างเตียงบอกอยู่เคยเห็นคนเป็นแบบนี้แล้วหาย อยากให้ปาฏิหาริย์มีจริง

รายที่ 3 “หนูกับป้าช่วยกันบน' ตอนนี้ก็เริ่มทำใจก็จะดูแลแม่ให้ดีที่สุด' ก็ขอพรพระภานนาให้แม่ฟื้นตัวได้เร็ว”

รายที่ 4 “อะไรมันเกิดขึ้นแล้ว อะไรมันเกิดก็ต้องเกิด”² คนอื่นเขาแย้งว่าเราเยอะแยะเขายังอยู่ได้¹ แม่เรา แม่เขาให้กำลังใจตลอด¹ ตอนนี้ก็ฝึกให้เขาออกกำลังกาย ช่วยเขายกแขนขา เขาก็ร่วมมือดี เขาอยากหายไวๆ จะได้กลับไปทำงานเลี้ยงครอบครัว

รายที่ 5 “สวดมนต์ ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย” ป้าเป็นคนดี ลุงคิดว่าต่อไป ป้าต้องเดินได้ ป้าแกมีกำลังใจดี จากลุงและลูกๆ แกน่าจะฟื้นตัวเร็ว”

รายที่ 6 “ทำใจอะไรมันเกิดก็ต้องเกิด ใช้หลักธรรมะเข้าช่วย” แม่เพิ่งเสียชีวิตไปปีที่แล้ว รู้สึกปลง เกิดมาแล้วตายทุกคน”

5.2) วิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

ข้อสรุปย่อยที่ 1 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อช่วยด้านจิตใจของตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ในแต่ละบุคคลดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ป้าเป็นคนดี ลุงคิดว่าต่อไป ป้าต้องเดินได้ มีกำลังใจดี จากลุงและลูกๆ แกน่าจะฟื้นตัวเร็ว” “ตอนนี้ก็เริ่มทำใจก็จะดูแลแม่ให้ดีที่สุด” “ป้าเป็นคนดี ลุงคิดว่าต่อไป ป้าต้องเดินได้ ป้าแกมีกำลังใจดี จากลุงและลูกๆ แกน่าจะฟื้นตัวเร็ว” “แม่เรา แม่เขาให้กำลังใจตลอด” “อยากให้ป้าหายไวจริงๆ” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “อยู่ได้ด้วยความหวัง”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 จับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อช่วยด้านจิตใจของตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ในแต่ละบุคคลดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ป้าคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม¹ ก็สวดมนต์ทำบุญก็เยอะๆ” “ขอพรพระภิกษุมาให้แม่ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น” “อะไรมันเกิดขึ้นแล้ว อะไรมันเกิดก็ต้องเกิด” “สวดมนต์ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย” “ทำใจอะไรมันเกิดก็ต้องเกิด ใช้หลักธรรมะเข้าช่วย” รู้สึกปลง เกิดมาแล้วตายทุกคน” จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญ ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายและข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “ใช้หลักธรรมเข้าช่วย”

5.3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 2 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ”

จากข้อสรุปทั้ง 5 ข้อสรุปดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้นำมาเป็นประเด็นในการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ต่อไป

4.2 การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤต ผู้วิจัยสรุปข้อสรุปใหญ่ ได้ 5 ประเด็น คือ

ข้อสรุปที่ 1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านบทบาทหน้าที่ร่างกายและจิตใจ

ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วยการพยากรณ์โรคความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อสรุปที่ 5 ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ

จากข้อสรุปดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการที่จะตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้ตรงกับความต้องการได้มากที่สุด ก็คือการช่วยให้ระบบผู้ป่วยมีความสมดุล ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีหลักการพยาบาลของ Neuman (2002) ช่วยให้ระบบของญาติผู้ป่วยเกิดภาวะสมดุลด้วยการประเมินต้นเหตุของความเครียดที่มีผลกระทบหรือคาดว่าจะมีผลกระทบต่อระบบของญาติผู้ดูแล เป้าหมาย คือ การรักษาความสมดุลของระบบการรับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดภาวะปกติสุข หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ได้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคลโดยใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบในการรักษาสมดุลของระบบนั้น พยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างการรับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

เป้าหมาย คือ การรักษาความสมดุลของระบบรับบริการโดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตดังแสดงให้เห็นขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

2.1) ข้อเสนอแนะในการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

2.2) ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ข้อสรุปที่ 1 “เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านร่างกายและส่งผลต่อคนรอบข้างด้านจิตใจ” จากข้อสรุปย่อย 3 ข้อสรุปดังนี้

- 1) มันเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน
- 2) ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่
- 3) ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

จากข้อสรุปใหญ่ที่ว่า “เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านร่างกายและจิตใจ” ประกอบด้วยข้อสรุปย่อย 3 ข้อ จึงอธิบายความหมายของข้อสรุปย่อยและความสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ความหมายของข้อสรุปย่อยความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
1. “มันเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน” ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ เป็นเหตุการณ์ไม่คาดฝันที่ครอบครัวไม่คาดคิดมาก่อน ญาติไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้นส่งผลกระทบอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดเสียสมดุลของครอบครัว	- บุคคล (Person System) เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาและมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลในระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละช่วงซึ่งมีทั้งบวก และลบ

ตารางที่ 2 ความหมายของข้อสรุปย่อความสอดคล้องของข้อสรุปย่อกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) (ต่อ)

ความหมายของข้อสรุปย่อ	เนื้อหาของทฤษฎี
2. “ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่” ให้ความหมายว่าโรค หลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ การปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ตามการรับรู้ของญาติ และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาทำให้ญาติต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน และบทบาทหน้าที่ของตนเอง	- ภาวะสุขภาพ (Health or Wellness) การเผชิญกับสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบด้านสังคมและจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทำให้มีผลต่อแนวการป้องกันยืดหยุ่น และแนวการป้องกันปกติ (Normal Line of defense) และแนวการต่อต้านความเข้มแข็ง (Line of Resistance)
3. “ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ” ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยเกิดอาการ ญาติเกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และอ่อนล้า ญาติรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	- ภาวะสุขภาพ (Health or Wellness) การเผชิญกับสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบด้านสังคม และจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทำให้มีผลต่อแนวการป้องกันยืดหยุ่นที่ต้องเข้มแข็งหรืออ่อนแอ ซึ่งผลของการคุกคามแนวป้องกันการยืดหยุ่นกับแนวป้องกันปกติ จนทะลุแนวป้องกันต่อต้านส่งผลกระทบต่อโครงสร้างพื้นฐานจนเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อภาวะคุกคามเป็นระยะที่ 2 ต้องเสริมสร้างแนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ (Normal Line of defense) และแนวการต่อต้านให้เข้มแข็ง (Line of Resistance) พยาบาลต้องมุ่งเน้นบำบัดความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อสรุปย่อ 2 ข้อสรุป ดังนี้

- 1) ญาติต้องการรู้ข้อมูลจริง
- 2) ญาติต้องการรู้ข้อมูลตลอดเวลา

ตารางที่ 3 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 2 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
1. “ญาติต้องการรู้ข้อมูลจริง” ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น หากญาติได้รับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสำคัญต่อเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกละตัวเอง การแก้ปัญหาที่จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ต่อเหตุการณ์และความรู้สึกถึงเครียดความสามารถและความตั้งใจในการแก้ปัญหาจะขาดประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาหยาบไม่สำเร็จและความเครียดยังมีอยู่ 2. “ญาติต้องการรู้ข้อมูลตลอดเวลา” ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ การได้รับข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง สามารถปรับตัวเองเพื่อเตรียมตัวเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ญาติลดความตื่นตระหนก รวมทั้งความวิตกกังวลจะลดลง	- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน หรือสิ่งที่มีอิทธิพลแวดล้อมผู้รับบริการหรือระบบผู้รับบริการ ปัจจัยด้านองค์ประกอบสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและบุคคลในครอบครัวบทบาทตามความคาดหวัง (Role Expectation) หรือแบบแผนในการติดต่อสื่อสาร (Community pattern) ของบุคคลส่งผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต เพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของญาติและมีอิทธิพลปัจจัยด้านครอบครัว พยาบาลต้องสนับสนุนการเสริมสร้างแนวด้านทานให้แข็งแรง - บุคคล (Person System) คือ ระบบประกอบด้วยตัวแปร 5 ตัวแปร ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และวิญญาณ เป็นตัวแปร 5 ตัวแปรของบุคคลจะมีความสัมพันธ์และทำงานอย่างสอดคล้อง การประเมินปัญหาตามการรับรู้ความเข้าใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งปฏิกิริยาที่ตอบโต้สิ่งรบกวน เป็นการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดความเสี่ยงขึ้นในการป้องกันระยะที่ 2 - โครงสร้างพื้นฐานของบุคคล (Basic structure) ระบบประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ มีช่วงเวลาและพัฒนาการประกอบด้วยแบบแผนของปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม

ตารางที่ 3 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 2 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) (ต่อ)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
	- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในหรือสิ่งที่มีอิทธิพลแวดล้อม ผู้รับบริการ ตามความคาดหวัง (Role Expectation) หรือแบบแผนในการติดต่อ สื่อสาร (Community pattern) ของบุคคลส่งผลกระทบต่อปรับตัวของญาติ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ข้อสรุปย่อย 2 ข้อสรุป ดังนี้

- 1) อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
- 2) ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล

ตารางที่ 4 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 3 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
1. “อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย” ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ ญาติมักจะรับรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างการรอดและการสูญเสีย จึงคาดการณ์ สิ่งที่ไม่ดีกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตไว้ล่วงหน้า การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลโดยการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดทำให้ญาติลดความวิตกกังวล	- สุขภาพ (Health of wellness) การเผชิญกับสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบด้านสังคม และ จิตวิญญาณของญาติ ทำให้มีผลต่อแนวการป้องกันยืดหยุ่น แนวการป้องกันปกติ โครงสร้างพื้นฐานและแนวการต่อต้านความเข้มแข็ง
2. “ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล” ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติ ญาติต้องการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลโดยการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ไม่ปิดกั้นความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยได้	- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน หรือทีมสุขภาพ และสังคมของครอบครัว สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ของผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อญาติผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อสรุปย่อย 2 ข้อสรุป ดังนี้

- 1) อำนาจความสะดวก
- 2) ส่งต่ออย่างปลอดภัย

ตารางที่ 5 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 4 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
1. “อำนาจความสะดวก” ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติในระยะที่เผชิญ กับครอบครัว เพื่อน หรือทีมสุขภาพ และสังคมของ กับสถานการณ์วิกฤต ญาติมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ครอบครัว สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ ญาติ ไม่ค่อยให้ความสนใจตัวเองมากนัก แต่ให้ความ สนใจระยะหลังโดยมีความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น มีสถานที่ให้หรือเยี่ยม และมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อ มีปัญหา	- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึงความสัมพันธ์ หมายถึงการที่มีอิทธิพลต่อญาติผู้ป่วย ส่งผลต่อ การปรับตัวของญาติเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรง ของแนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ ทั้งใน ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จิตวิญญาณ เพื่อลด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ พฤติกรรมปฏิบัติของ ญาติผู้ป่วย หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต
2. “ส่งต่ออย่างปลอดภัย” ให้ความหมายว่าโรค หลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติในระยะที่ เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ญาติต้องการได้รับความมั่นใจในความสามารถที่จัดการปัญหาที่มี ความรุนแรงที่มีผลกระทบกับร่างกายผู้ป่วยว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อ การวินิจฉัย ญาติต้องการการแก้ปัญหา การติดต่อ สื่อสารที่บุคลากรได้ทำตามความคาดหวัง และการ บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ	- สิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยด้าน องค์ประกอบสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และบุคคล ในครอบครัว บทบาทตามความคาดหวัง (Role Expectation) หรือแบบแผนในการติดต่อ สื่อสาร (Community pattern) ของบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตเป็น การเสริมสร้างความเข้ม แรงของแนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติทั้งใน ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จิตวิญญาณ เพื่อลด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัว ของญาติ และมี อิทธิพลปัจจัยด้านครอบครัว พยาบาลต้อง สนับสนุนการเสริมสร้างแนวด้านทานของญาติให้ แข็งแรง

ข้อสรุปที่ 5 มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจากข้อสรุปย่อย 2 ข้อสรุป ดังนี้

- 1) อยู่ด้วยความหวัง
- 2) ใช้ธรรมเข้าช่วย

ตารางที่ 6 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 5 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
1. “อยู่ด้วยความหวัง” ให้ความหมายว่า โรค หลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติใน ระยะที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ญาติ ต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ ต้องการ คนประคับประคองทางด้านอารมณ์ตาม ความต้องการมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ	- บุคคล (Person System) คือ ระบบประกอบด้วย ตัวแปร 5 5 ตัวแปร ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เป็นตัวแปร 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์และ ทำงานอย่างสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมปัจจัยพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่ทำให้เกิด ความรุนแรงของโรค ในการป้องกันระยะที่ 2 นั้น เป็นการ ทำให้เป็นการประเมินปัญหาตามการรับรู้ ความเข้าใจตนเอง ของแต่ละบุคคล - โครงสร้างพื้นฐานของบุคคล (Basic structure) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เป็นการเติบโตมีช่วงเวลา พัฒนาการและ องค์ประกอบร่วมที่ประกอบด้วย แบบแผนของปฏิกิริยา ตอบสนองสิ่งคุกคาม ความแข็งแกร่งของอวัยวะ ความเป็น ตัวตนของแต่ละบุคคล สิ่งที่มีลักษณะร่วมของบุคคล
2. “ใช้ธรรมเข้าช่วย” ให้ความหมายว่า โรค หลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตของญาติใน ระยะที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ญาติ ต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ เชื่อถือ ศรัทธา และยึดเหนี่ยว เช่น การยึดมั่น ในพระพุทธศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล	- บุคคล (Person System) คือ ระบบประกอบด้วย ตัวแปร 5 ตัวแปร ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เป็นตัวแปร 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์และ ทำงานอย่างสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม ปัจจัยพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่ทำให้ เกิดความรุนแรงของโรค ในการป้องกันระยะที่ 2 นั้น

ตารางที่ 6 ความสอดคล้องของข้อสรุปย่อยของข้อสรุปที่ 5 กับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ความหมายของข้อสรุปย่อย	เนื้อหาของทฤษฎี
เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตญาติจะแสวงหาการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณโดยการไหว้ระลึกถึงสิ่งที่นับถือ บนบาน พึ่งพระช่วยรักษาโรค	เป็นการทำให้การประเมินปัญหาตามการรับรู้ความเข้าใจตนเองของแต่ละบุคคล - โครงสร้างพื้นฐานของบุคคล (Basic structure) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณเป็นการเติบโต มีช่วงเวลา พัฒนาการ และองค์ประกอบร่วมที่ประกอบด้วยแบบแผนของปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งคุกคามความแข็งแกร่งของอวัยวะ ความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล สิ่งที่มีลักษณะร่วมของบุคคล

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ ในการเผชิญภาวะวิกฤติของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย

จากข้อสรุปประสบการณ์ของผู้ป่วย 5 ข้อสรุปดังกล่าว สามารถเชื่อมโยงข้อสรุปโดยนุรณาการแนวคิดทฤษฎีของ Neuman (2002) ที่สอดคล้อง และครอบคลุมปัญหาความต้องการของญาติผู้ป่วย เพื่อให้บริการการพยาบาลตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นการปรับตัวทั้ง 4 ด้านให้ญาติผู้ป่วย โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่มีประสิทธิภาพให้กลายเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมให้คงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น โดยการจัดการกับสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลด้วยวิธีที่เหมาะสม เป็นระบบในการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529, น. 199) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีพยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบโดยตรง รับทราบปัญหาและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญกับสิ่งเร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องกิจกรรมการบริการการพยาบาลที่พัฒนาจากข้อสรุปประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยกับทฤษฎี Neuman (2002) และตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติตัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002)

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหาอย่าง มีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
ขั้นเตรียมการ การมอบหมาย งาน	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรประเมิน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตและญาติ ที่มีปัญหาซับซ้อน	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรประเมิน ปัญหา และความต้องการของ ญาติโรคหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤต ในเรื่องของการได้รับ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความ ก้าวหน้าของการ รักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วย	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร 1. ประเมินปัญหาความต้องการ ของญาติในเรื่องของการมีส่วน ร่วม ในการดูแล ด้านร่างกายแก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤต 2. เตรียมกิจกรรมการพยาบาลที่ สามารถให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร คั่นหา แหล่งประโยชน์เพื่อความ พร้อมในการแก้ปัญหาอย่างมี ประสิทธิภาพ	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร ประเมิน ปัญหาและ ความต้องการของญาติ ในเรื่องการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
กิจกรรมการ บริการ	พยาบาลรับ Case จากหัวหน้าหอ ตามที่ได้รับมอบหมาย ศึกษา ข้อมูล สร้างความมั่นใจในการ ดูแลรักษาให้ความช่วยเหลือ	พยาบาลเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนตาม ความต้องการของญาติ อธิบาย	พยาบาลวิชาชีพเตรียมสำรวจ กิจกรรมที่สามารถให้พยาบาล เตรียมญาติเพื่อปฏิบัติร่วมกับ	พยาบาลเตรียมจัดสถานที่ให้ ญาตินั่งพักคอย ขณะรักษา กำลังช่วยเหลือ	พยาบาลสร้างสัมพันธที่ดี กับญาติ ประเมิน ปัญหา ความต้องการของญาติ ในเรื่องการตอบสนอง

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
	อย่างเร่งด่วน ปฏิบัติงานตาม ความรู้ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ การทำงาน	ให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล ความ ก้าวหน้าในการรักษา	พยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละ โดดเดี่ยว	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤต	ด้านจิตวิญญาณ ญาติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตได้
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	มองผู้รับบริการเป็นระบบเปิด ซึ่งรับบริการเป็นองค์รวม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ตลอดเวลาประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้าน (The Five Variable) ถ้า เกิดการถูกล้ำของสิ่งทำให้เกิด ความเครียดแล้วต้องปกป้อง โครงสร้างพื้นฐาน	การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อที่จะ คงไว้ และเพิ่มความแข็งแกร่ง ของญาติ เพื่อให้ระบบคงความ สมดุล และมีการสงวนพลังงาน	การให้ความรู้กับญาติ เป็นการ สร้างความเข้าใจในการปฏิบัติ บทบาทญาติ และเพิ่มพูน ความสามารถในการกระทำ กิจกรรมที่จำเป็นโดยสามารถ ปฏิบัติได้รับรู้เหตุผลในการ ปฏิบัติ ทำให้แนวป้องกัน ยืดหยุ่นของญาติเข้มแข็งขึ้น	การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เอื้ออำนวยความสะดวก ต่างๆ ได้แก่ ญาติของ ผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อ ผู้ป่วยส่งผลต่อการปรับตัว ของญาติผู้ป่วย เป็นการ เสริมความแข็งแกร่งของแนว ป้องกันยืดหยุ่นแนวป้องกัน ปกติ	สนับสนุนปัจจัยที่เอื้อให้ เกิดความผาสุก ความ ต้องการของญาติในเรื่อง การตอบสนองด้านจิต วิญญาณของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤตได้

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
ขั้นปฏิบัติ กิจกรรม 1. การ มอบหมายงาน	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร เขียนมอบ หมายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตเป็นราย case ให้ พยาบาลในใบมอบหมายงานช่วง เวรเช้า และหัวหน้าเวรมอบหมาย ในช่วงเวรบ่ายและ เวิร์ดิก	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรเตรียม นิเทศพยาบาล ในเรื่องของการให้ ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรเตรียม นิเทศพยาบาลในเรื่องของการให้ ญาติเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร เตรียมนิเทศพยาบาลในเรื่อง ความสามารถช่วยเหลือการให้ ข้อมูลเพิ่มเติมหรือแนะนำ แหล่งสนับสนุนตามที่ญาติ ต้องการ	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร เตรียมนิเทศพยาบาลในเรื่อง ของการสนับสนุน ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต ทางด้านจิตวิญญาณ
กิจกรรมการ พยาบาล	พยาบาลรับ Case จากหัวหน้าหอ ตามที่ได้รับมอบหมาย ศึกษา ข้อมูลจากรายงานสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกัน และกัน	พยาบาลเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตผลการรักษาและแผนการ รักษาต่อไปให้ญาติรับรู้ และ เปิดโอกาสให้ซักถามได้โดย จัดสรรเวลาให้	พยาบาลกับญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ร่วมกันค้นหา กำหนด กิจกรรม การพยาบาล ที่สามารถให้ญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วยได้	สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือแนะนำแหล่งสนับสนุน ตามที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต ต้องการ	พยาบาลสร้างสัมพันธ - ภาพกับญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤต สอบถามหาข้อมูล สิ่งที่ต้องการทำเพื่อให้ เกิดความสบายใจเพื่อ ช่วยเหลือให้ญาติปฏิบัติ ได้ตามความเหมาะสม

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	การเผชิญกับสิ่งคุกคามที่มีผล กระทบด้านด้านสังคม และจิต วิญญาณของญาติผู้ป่วยหลอด เลือดสมอง ทำให้มีผลต่อแนว การป้องกันยืดหยุ่น และแนวการ ป้องกันปกติ (Normal Line of defense) และแนวการต่อต้าน ความเข้มแข็ง (Line of Resistance)	การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อที่จะ คงไว้ และเพิ่มความแข็งแกร่ง ของญาติ เพื่อให้ระบบคงความ สมดุลและมีการสวงพลังงาน	การให้ความรู้กับญาติ เป็นการ สร้างความเข้าใจ ในการปฏิบัติ บทบาทญาติ และเพิ่มพูนความ สามารถในการกระทำกิจกรรมที่ จำเป็นโดยสามารถปฏิบัติได้ รับ รู้เหตุผลในการปฏิบัติ ทำให้ แนวป้องกันยืดหยุ่นของญาติ เข้มแข็งขึ้น	ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน หรือทีมสุขภาพ และ สังคมของครอบครัว สิ่ง อำนวยความสะดวกต่างๆของ ผู้รับ บริการที่มีอิทธิพลต่อ ญาติผู้ป่วยส่งผลต่อการ ปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลอด เลือดสมองภาวะวิกฤต	สนับสนุนปัจจัยเอื้อ ให้ เกิดความผาสุกความ ต้องการของญาติในเรื่อง การตอบสนองด้านจิต วิญญาณญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตได้
2. การประชุม ปรึกษาก่อน การปฏิบัติงาน (Pre-Conference)	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรและ พยาบาล พุดคุยปรึกษารื้อ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตและญาติ	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรและ พยาบาลพุดคุยทำความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อมูลที่จะให้แก่ญาติ ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤต	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรและ พยาบาลพุดคุยปรึกษเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ให้ญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตเข้า มามีส่วนร่วม	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรเตรียม นิเทศพยาบาลในเรื่องการให้ ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูล เพิ่มเติม หรือให้คำแนะนำถึง แหล่งสนับสนุนตามที่ญาติ ต้องการ	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวร และพยาบาลพุดคุยปรึกษา เกี่ยวกับความ ต้องการ ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต ความต้องการที่จะตอบ สนองด้านจิตวิญญาณ

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
กิจกรรมการ พยาบาล	หัวหน้าหอ/หัวหน้าเวรและ พยาบาลวิชาชีพเตรียมความ พร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต และญาติ	เตรียมข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตจากบันทึก ทางการพยาบาลจัดสรรเวลาใน การพูดคุยญาติผู้ป่วยผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต	นำกิจกรรมที่ให้ญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตมา มีส่วนร่วมปรึกษาร่วมกัน วิธีการและช่วงเวลาที่สามารถทำ ได้	สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือแนะนำแหล่งสนับสนุน ตามที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต ต้องการ	นำปัญหาและความ ต้องการของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤตความต้องการ การตอบสนองด้านจิต วิญญาณ มาร่วมกันหา วิธีแก้ไข
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	เป็นการประเมินลักษณะของ แนวป้องกันและแนวป้องกัน ยืดหยุ่น ความรุนแรงของการ ตอบสนองสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด ความเครียด และศักยภาพในการ ฟื้นตัวภายหลังการตอบสนอง	การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นการคง ไว้และเพิ่มความแข็งแกร่งของ ระบบของผู้รับบริการ	บทบาทของบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลกับผู้ป่วยนั้น การมีการ สื่อสารข้อมูล ส่งเสริมการปฏิบัติ ตัวจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย เข้าใจตัวเอง มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ ผู้ป่วยปรับตัวได้ ก็จะสามารถ	ความสามารถหาแหล่ง ประโยชน์ในการจัดการ กับ สิ่งคุกคามของญาติ ญาติ สามารถผ่อนคลายลงได้ ทำ ให้เกิดแนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ และแนว ต่อต้านที่แข็งแรง	สนับสนุนปัจจัยเอื้อให้ เกิดความผาสุก ความ ต้องการของญาติในเรื่อง การตอบสนองด้านจิต วิญญาณญาติ ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตได้

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
			สร้างแนวต่อต้าน (Line or Resistant) จนเกิดสุขภาพระยะที่สร้างขึ้น		
3. การปฏิบัติงาน	1. ค้นหาและประเมินต้นเหตุความเครียดที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตและญาติ 2. ให้การดูแลรักษา ให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถทักษะความชำนาญและประสบการณ์	ให้ข้อมูลที่เพียงพอที่จะให้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา พยาบาลที่ไว้ และแผนการรักษา พยาบาลต่อไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้เครื่องมือแพทย์ สื่อสารด้วยวิธีที่ง่าย ชัดเจน ถูกต้อง	นำญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยให้ร่วมทำกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากส่งผล การฟื้นฟูของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ตัดสินใจตั้งเป้าหมายร่วมกัน	ประเมินแหล่งสนับสนุน เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต	สอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาและหลักศาสนาให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตและญาติ

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
กิจกรรม การพยาบาล	เฝ้าสังเกตและติดตามอาการ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญโดยตรวจ เยี่ยมทุก 1 ชั่วโมงเพื่อให้ญาติ คลายความกังวล - บันทึกข้อมูลในแบบบันทึก	ญาติ เช่น ผลการตรวจ แผนการ รักษาต่อไปเปิดโอกาสให้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	พยาบาลวิชาชีพ สอน สาธิตการ ปฏิบัติการพยาบาลและร่วมกับ ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ละ กิจกรรม	พยาบาลวิชาชีพพบกับญาติ ผู้ป่วยและหาร่วมกัน	สังเกตการปฏิบัติและ การแสดงของญาติต่อ ผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมและ สนับสนุนให้แสดงออก ที่เหมาะสม
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	ค้นหาประเมินสิ่งที่ทำให้เกิด ความเครียดทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและ อาจเกิดขึ้น และส่งผลต่อความ สมดุลของระบบ	การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นการ คงไว้ และเพิ่มความแข็งแกร่ง ของระบบของผู้รับบริการ	ญาติส่งเสริมการปฏิบัติตัวจะ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตัวเอง มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ ผู้ป่วยปรับตัว ก็จะสร้างแนวต่อ ด้าน (Line or Resistant) จนเกิด สุขภาพระยะที่สร้างขึ้น	ส่งเสริมสนับสนุนความ ร่วมมือและประสานงาน สิ่ง เหล่านี้เป็นปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้าง แนวป้องกันยืดหยุ่น และ แนวป้องกันปกติของญาติ ผู้ป่วยให้แข็งแรง	สนับสนุนปัจจัยเอื้อให้ เกิดความผาสุกความ ต้องการของญาติใน เรื่องการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณญาติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตได้

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
การส่งต่อ เพื่อ ไปเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ สมองที่ โรงพยาบาล ทั่วไป	ประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องติดตามแผนการดูแล รักษาและเตรียมการก่อนส่ง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตต่อไป	ประเมินญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตเรื่องการได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่องการ ส่งต่อ ความครบถ้วนของข้อมูล ที่ได้และสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่ได้รับ การตอบสนองเพื่อส่งต่อข้อมูล ให้พยาบาลวิชาชีพส่งต่อ	พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยเหลือ ในการค้นหาปัญหาและความ ต้องการญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต	ประเมินแหล่งสนับสนุน เพื่อเป็นข้อมูลในการ พิจารณาทางเลือกในการ แก้ปัญหา	สังเกตการปฏิบัติและ การแสดงของญาติผู้ป่วย หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตขณะส่งต่อและให้ การสนับสนุนให้มีการ แสดงออกที่เหมาะสม
กิจกรรมการ บริการ	เตรียมเอกสารบันทึกทางการ พยาบาล และปัญหาสำคัญ เตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อม ก่อนส่งต่อ	พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความ ถูกต้อง ครบถ้วนของบันทึก ทางการพยาบาลเตรียมส่งข้อมูล ให้พยาบาลส่งต่อ อธิบาย อุปกรณ์การใช้เครื่องมือแพทย์ สื่อสารด้วยวิธีที่ง่าย ชัดเจน ให้กับญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤต	1.พยาบาลวิชาชีพ สอน สาธิต การปฏิบัติการพยาบาลและ ร่วมกับญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตในการดูแล ผู้ป่วยในขณะส่งต่อ 2. พยาบาลวิชาชีพพบกับญาติ ผู้ป่วยผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤตส่งต่อร่วมกัน	ประสานงานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องอธิบายเหตุผลที่ ต้องส่งต่อให้ญาติผู้ป่วย หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ทราบ	สังเกตการปฏิบัติและ การแสดงของญาติต่อ ผู้ป่วยขณะส่งต่อ

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	ประสานงานการประยุต์ใช้ แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม	การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นการ คงไว้ และเพิ่มความแข็งแกร่ง ของระบบของผู้รับบริการ	ญาติส่งเสริมการปฏิบัติตัว จะ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตัวเอง มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ ผู้ป่วยปรับตัว ก็จะสร้างแนว ต่อต้าน (Line or Resistant) จน เกิดสุขภาพพระยะที่สร้างขึ้น	ส่งเสริมสนับสนุนความ ร่วมมือและประสานงาน เป็น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่จะช่วย สร้างแนวป้องกันยืดหยุ่น และแนวป้องกันปกติของ ญาติผู้ป่วยให้แข็งแรง	สนับสนุนปัจจัยเอื้อให้ เกิดความผาสุกความ ต้องการของญาติในเรื่อง การตอบสนองด้านจิต วิญญาณญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตได้
6. การวางแผน จำหน่ายเพื่อดูแล ต่อเนื่องหลังผู้ ป่วยโรคหลอดเลือด สมองภาวะ วิกฤตกลับมาจาก การเอกซเรย์	ประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต และความพร้อมของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤต	ประเมินญาติผู้ป่วยหลอดเลือด สมองภาวะวิกฤตเรื่องการได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่อง ความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ และสิ่งที่ยังไม่ได้รับการตอบ สนองเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับ พยาบาลผู้ป่วยใน	พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการ ค้นหาปัญหาและความต้องการ ญาติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤต	ประเมินแหล่งสนับสนุนเพื่อ เป็นข้อมูลในการพิจารณา ทางเลือกในการแก้ปัญหา ความต้องการญาติผู้ป่วย หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต	สอบถามความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ การดูแล บรรเทาความเจ็บปวด การปฏิบัติกิจกรรมตาม ความเชื่อความศรัทธา และหลักศาสนา

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กับข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต (ต่อ)

ข้อสรุป กิจกรรม การบริการ	เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่าง กะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบ ข้างคั่นบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกายและจิตใจ	ญาติต้องการความชัดเจนของ ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ โรค ความก้าวหน้าของการรักษา	ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล	ญาติต้องการแหล่ง ประโยชน์ทางสังคมและ กลไกการแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติมีความต้องการ การตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ
คอมพิวเตอร์ สมอง					
กิจกรรมการ บริการ	นำผู้ป่วยสมองภาวะวิกฤตโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต และญาติส่งต่อผู้ป่วยใน พร้อมมี พยาบาลวิชาชีพดูแลระหว่างทาง	พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความ ถูกต้อง ครบถ้วนของบันทึก ทางการพยาบาลเตรียมส่งข้อมูล ให้เวรต่อไป	พยาบาลวิชาชีพสอน สาธิตการ ปฏิบัติการพยาบาลและร่วมกับ ญาติในการดูแลผู้ป่วยกิจกรรมที่ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ขณะอยู่ หน่วยงานผู้ป่วยใน	ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม	ให้ญาติสามารถการ ปฏิบัติกิจกรรมตาม ความเชื่อความศรัทธา และหลักศาสนา
ทฤษฎีการ พยาบาล Neuman	คนเป็นระบบเปิดซึ่งรับบริการ เป็นองค์รวมมีปฏิสัมพันธ์ กับ สิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้าน(The Five Variable) ถ้าเกิดการถูกล้ำ ของสิ่งทำให้เกิดความ เครียด แล้วต้องปกป้องโครงสร้าง พื้นฐาน	การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นการ คงไว้ และเพิ่มความแข็งแกร่ง ของระบบของผู้รับบริการ	ญาติส่งเสริมการปฏิบัติตัว จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตัวเอง มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ ผู้ป่วยปรับตัว ก็จะ สร้างแนว ต่อต้าน(Line or Resistant) จน เกิดสุขภาพพระยะที่สร้างขึ้น	ส่งเสริมสนับสนุนความ ร่วมมือและประสานงาน สิ่ง เหล่านี้เป็นปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้าง แนวป้องกันยืดหยุ่น และ แนวป้องกันปกติของญาติ ผู้ป่วยให้แข็งแรง	สนับสนุนปัจจัยเอื้อให้ เกิดความผาสุกความ ต้องการของญาติในเรื่อง การตอบสนองด้านจิต วิญญาณญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤตได้

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
ขั้นเตรียมการ 1. การมอบหมายงาน	1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย/ ญาติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะ วิกฤติ เพื่อเตรียมมอบหมายงาน เป็นลายลักษณ์อักษรในใบ มอบหมายงาน 2. มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นราย CASE โดยพิจารณาความต้องการ ของญาติ ความรู้ความสามารถ ของพยาบาล	- รวบรวมข้อมูลสำคัญตั้งแต่รับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤติ จากตัวผู้ป่วย เองและญาติ 	- พยาบาลวิชาชีพได้รับ มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตาม ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถและ ภาระงาน	- ใบมอบหมายงานผู้ป่วย ประจำวัน - ป้ายรายชื่อพยาบาลผู้ดูแล
2.ขั้นปฏิบัติ	1. เขียนมอบหมายผู้ป่วยให้ พยาบาลวิชาชีพในใบมอบหมาย งานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก	- รับ CASE จากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ หัวหน้าเวรตามที่ได้รับมอบหมาย	- ญาติสามารถเข้ามาปฏิบัติ ร่วมกับพยาบาลได้ตามที่ ต้องการ	- อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
3. การปฏิบัติการ พยาบาล	1. ให้การรักษาพยาบาลตามความ เร่งด่วน ประเมินภาวะวิกฤตกังวล และญาติ สัมพันธภาพ 2. ประชุมปรึกษาร่วมกับพยาบาล วิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในวันนั้น - นำปัญหาและความต้องการของ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะวิกฤต มาพูดคุยกัน - ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการ ปรับแผนการ - พยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของญาติผู้ป่วย	1. ค้นหาและประเมินต้นเหตุความเครียดที่ เกิดขึ้นที่เกิดการรบกวนทำให้ญาติเกิดความ เครียด อย่างเร่งด่วนให้การช่วยเหลือทันที 2. ให้การดูแลรักษาให้ความช่วยเหลืออย่าง เร่งด่วนปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญและประสบการณ์ 3. สร้างความสัมพันธ์ภาพด้วยการกล่าว สวัสดิ์ แนะนำตัวเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ 4. อำนวยความสะดวก ในเรื่องที่พักคอยญาติ อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องให้ ญาตินั่งคอยในที่ๆจัดไว้เพื่อแพทย์และ พยาบาลจะได้ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย สะดวก รวดเร็ว ซึ่งเป็นผลดีกับผู้ป่วย ดูแล ชี้แนะสถานที่รับประทานอาหาร การพักผ่อน อาสัย การนอนหลับ และการสื่อสารกับญาติ คนอื่นๆ	- ญาติผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และไว้วางใจพยาบาล - ญาติผู้ป่วยมีความคุ้นเคย พอที่จะขอความช่วยเหลือ จากพยาบาลมีการกำหนด ปัญหาร่วมกันระหว่าง พยาบาลกับญาติผู้ป่วย - มีเป้าหมายในการดูแล ร่วมกัน - ตกลงร่วมกันที่จะปฏิบัติ ตามวิธีที่ตัดสินใจเลือก - ญาติมีความมั่นใจและ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้	-แผนการพยาบาล -แบบประเมินปัญหา ทางการพยาบาล

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
		5. การดูแลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ญาติ ระบายความคาดหวัง การระบายความรู้สึก ด้านลบ เสนอตัวช่วยเหลือ อยู่เป็นเพื่อนรับ ฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร มีการยืดหยุ่น มีระบบเยี่ยม 6. ให้ข้อมูลที่เพียงพอที่จะให้กับญาติ ข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ ให้ และแผนการรักษาพยาบาลต่อไป และ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้เครื่องมือแพทย์ สื่อสารด้วยวิธีที่ง่าย ชัดเจน ถูกต้องตอบสนองเป้าหมายสุขภาพ 7. นำญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ร่วมทำ กิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากส่งผลการฟื้นฟูของ ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับ พยาบาล ตัดสินใจตั้งเป้าหมายร่วมกัน เอื้ออำนวยทำให้เกิดความผาสุก		

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
		8. ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือตอบข้อซักถาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อคงความสมดุลและสวณพลังงาน 9. สอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาและหลักศาสนา ศาสนา เพื่อให้เกิดความผาสุก 10. ประเมินแหล่งสนับสนุน เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา สร้างภูมิคุ้มกันความเครียด ที่เกิดขึ้น - ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติในเรื่องต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษา ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ญาติในเรื่องต่างๆ เช่น สิทธิการรักษา ปัญหาด้านเศรษฐกิจ		

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
		- ส่งต่อข้อมูลปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ยัง ไม่ได้รับการตอบสนองให้พยาบาลเวรส่งต่อ		
4.การวางแผนการส่ง ต่อเพื่อดำเนินการ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมอง	- ให้การปรึกษาแก่พยาบาลใน การวางแผนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการ ดูแลต่อเนื่อง - ช่วยติดต่อประสานงานและ ร่วม	1. ช่วยติดต่อประสานงานและร่วมวางแผน กับทีมผู้ดูแลตอบสนองต่อเป้าหมาย สุขภาพ 2. ประเมินปัญหาและความต้องการการ ดูแลต่อเนื่องและความพร้อมของญาติที่จะ เรียนรู้หรือพัฒนาความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่แรก 3. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแล ร่วมกับญาติโดยเปิดโอกาสและกระตุ้น ญาติ ได้เรียนรู้ฝึกฝนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการดูแลญาติร่วมกับพยาบาล 4. ประเมินการบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการ วางแผนการพยาบาลเพื่อให้ แผนการพยาบาลสมบูรณ์ ที่สุดเพื่อให้ทราบข้อมูลและ แนวทางการรักษา พยาบาล ที่ต่อเนื่อง	- เอกสารการส่งต่อ - ใบบันทึกทางการ พยาบาลขณะส่งต่อ

ตารางที่ 8 แสดงการปฏิบัติในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม พฤติกรรมปฏิบัติ	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบ การปฏิบัติ
5. การส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังผู้ป่วยใน	- ให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่อง - ช่วยติดต่อประสานงานและร่วมวางแผนกับทีมผู้ดูแล - ประเมินแบบบันทึกทางการพยาบาลการส่งกลับ	1. ประเมินผลความเข้าใจของญาติผู้ป่วย โดยการซักถามสิ่งที่ยังเป็นปัญหาของญาติ 2. ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายไปรับการดูแลต่อ 3. เปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ดูแลซักถามเพื่อประเมินปัญหาและแผนงานพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะก่อนปฏิบัติงาน	- สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน - มีการแสดงความรู้สึก ต่องาน ต่อญาติผู้ป่วยตลอดจนปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน	- แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบตอบกลับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำฐานแนวคิด ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างๆ เป็นความไวเชิงทฤษฎีในการวิจัย 3 แนวคิด ได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย และระยะที่ 3 ระยะเขียนรายงานการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยโดยลงนามยินยอมในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการวิจัยหลังพัฒนาความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบข้อมูลและให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะดำเนินการวิจัย ส่วนผลการวิจัยสามารถสรุป โดยวิธีการของ Colaizzi อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิง 5 ราย เพศชาย 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สถานภาพคู่ มีเพียง 1 รายที่มีสถานภาพโสด อายุเฉลี่ย 41 ปี

1) ประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้บรรยายและอธิบายประสบการณ์ตรงต่อการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 5 ประเด็น ดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยข้อสรุป 3 ข้อสรุปย่อย

- 1) มันเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน
- 2) ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่
- 3) ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

ข้อสรุปที่ 2 ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลการเจ็บป่วยการพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของการรักษา ประกอบด้วยข้อสรุป 2 ข้อสรุปย่อย

- 1) ญาติต้องการรับรู้ข้อมูลจริง
- 2) ญาติต้องการรู้ข้อมูลตลอดเวลา

ข้อสรุปที่ 3 ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล ประกอบด้วยข้อสรุป 2 ข้อสรุปย่อย

- 1) ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
- 2) ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล

ข้อสรุปที่ 4 ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อสรุป 2 ข้อสรุปย่อย

- 1) อำนวยความสะดวกกับญาติ
- 2) ส่งต่ออย่างปลอดภัย

ข้อสรุปที่ 5 ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยข้อสรุป 2 ข้อสรุปย่อย

- 1) อยู่ได้ด้วยความหวัง
- 2) ใช้หลักธรรมเข้าช่วย

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต่อการบริการ การพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าถึงความต้องการซึ่งสามารถอภิปรายในรายละเอียด ได้ดังต่อไปนี้

1) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลต่อคนรอบข้างทางด้านชีวิต ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกายและจิตใจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกต่อการบริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ในภาวะวิกฤตออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

1.1) มันเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จากการทบทวนครั้งนี้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตได้ถ่ายทอดประสบการณ์ตามการรับรู้และการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เรียนรู้การเกิดพยาธิสภาพมีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เกิดอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนสังเกตได้ง่าย และยังเรียนรู้ว่าอาการเกิดโรคเป็นอาการไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้บ่อย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ทีมสุขภาพพยาบาลควรสังเกตปฏิกิริยาการตอบสนองของญาติต่อภาวะวิกฤติ ความวิตกกังวล ความต้องการในการช่วยเหลือ การติดต่อกับทีมสุขภาพ ตลอดจนเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ

1.2) ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีสภาพไม่สามารถดูแลตัวเองได้และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ก่อให้เกิดผลกระทบการแสดงทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการกระทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการทำงานที่เคยรับผิดชอบไม่สามารถรับผิดชอบในบทบาทเดิม บางรายต้องออกจากงาน ทำให้ญาติรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

1.3) ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนสังเกตได้ง่าย อาการเกิดโรคเป็นอาการไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้บ่อย พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการของการเศร้าโศกรวมทั้งปฏิกิริยาที่แสดงออกที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ญาติมักแสดงออกถึงความรู้สึกผิด โกรธ ร้องเสียงดัง บทบาทพยาบาล คือ ช่วยเหลือให้ญาติสามารถผ่านพ้นระยะโศกเศร้าไปได้ โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา และตอบข้อข้องใจต่างๆ ตลอดจนสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องประคับประคองอารมณ์และความต้องการด้านอารมณ์ มีคนคอยพูดคุยปลอบโยนและให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ที่ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนัก

ในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่าญาติผู้ป่วยมีความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เป็นอันดับรองลงมาจากการต้องการรู้สึกรับรู้ความหวังสอดคล้องกับการศึกษาของ จูทามาซ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ (2536) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ญาติผู้ป่วยต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด โดยให้ความสำคัญในเรื่องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Leske (2002; อ้างใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547, น. 52) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดแม้เมื่อพวกเขาจะไม่ได้อยู่ข้างเตียง

2) ญาติต้องการความชัดเจนของข้อมูลจริง การพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าของการรักษา ตลอดเวลา

ผู้ให้ข้อมูลบอกถึงความต้องการข้อมูลจริงของการดูแลรักษา สถานะความเจ็บป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1) ญาติต้องการรับรู้ข้อมูลจริงของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การรับรู้ข้อมูลต่อเหตุการณ์ที่เป็นจริง คือ การเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหากญาติรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกรับรู้ถึงภัยของตนเอง การแก้ปัญหาที่จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกถึงภัย ความสามารถในการแก้ปัญหาไม่สำเร็จความเครียดยังคงอยู่ต่อไป

2.2) ญาติต้องการรู้ข้อมูลตลอดเวลา อธิบายได้ว่า ความต้องการได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของการดูแลรักษา รวมทั้งการพยากรณ์โรค คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ เหตุผลการใช้เครื่องมือการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความต้องการสื่อสารกับบุคคลในทีมสุขภาพ สถานะความเจ็บป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการดูแลรักษาสุขภาพในปัจจุบัน โดยผู้ป่วยและญาติควรได้ทราบถึงปัญหาทางสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น (Bannister, 2001; อ้างใน วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2547, น.127) ข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยรวมทั้งกระบวนการรักษาพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเพิ่มเติมเป็นระยะอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมาก็ญาติไม่ได้อยู่ด้วยหรือให้ข้อมูลเมื่อพบญาติผู้ป่วยทุกครั้งเนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีอาการไม่คงที่ อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากที่ญาติได้รับรู้ก่อนจากผู้ป่วยไป ประกอบกับภาวะเครียดของญาติผู้ป่วยส่งผลให้กระบวนการรับรู้ของญาติผู้ป่วยลดลงจากการที่สมาธิสั้น ไม่สามารถจะรับรู้ข้อมูลหรือนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ดังนั้นจึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนแผนการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ควรใช้ภาษาและคำพูดเข้าใจง่ายที่ญาติมีความคุ้นชินอยู่แล้ว (ชอลดา

พันธุ์เสนา, 2536, น. 188) รวมถึงการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวลได้ส่วนหนึ่ง อันจะส่งผลดีต่อการพยาบาลให้มีความเป็นองค์รวมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลมีการปรับตัวได้ดีกว่าก่อนการทดลองทำให้ครอบครัวสามารถรักษาสมาคมภายในระบบครอบครัวไว้ได้ นำไปสู่การดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยวิกฤตต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของ นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2537) พบว่าญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเช่นกัน

3) ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกายโดยมีพยาบาลอยู่ด้วยใน 2 ลักษณะ คือ 1) ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 2) ร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล

อธิบายได้ว่าในสังคมไทย ครอบครัวเป็นสถาบันที่สมาชิกจะมีความสัมพันธ์กัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน จะเอาใจใส่และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การป้อนอาหาร แต่ญาติอาจขาดความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสม พยาบาลจึงควรใช้แหล่งประโยชน์นี้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยให้การชี้แนะต่อญาติให้การดูแลญาติในบางเรื่อง เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด ดังคำกล่าวว่า ยินดีช่วยดูแลผู้ป่วยถ้ามีพยาบาลอยู่ด้วย และการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กันจะทำให้ญาติมีความเข้าใจอาการของผู้ป่วยและวิธีการรักษาของแพทย์มากขึ้นญาติจะลดความกังวล การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลจะทำให้ญาติรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง เสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจในการพยาบาล (รัมภ์ดา อินทร, 2539, น. 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ (2538) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ โดยพยาบาลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับญาติร่วมกันกับญาติในการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย กำหนดวิธีการสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการพยาบาล

4) ญาติต้องการแหล่งประโยชน์ทางสังคมและกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการทางด้านแหล่งประโยชน์ทางสังคม และกลไกการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการใน 2 ลักษณะ คือ

4.1) อำนาจความสะดวกกับญาติ อธิบายได้ว่า เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวก ได้แก่ สถานที่รับประทานอาหาร ที่พัก โดยในระยะแรกที่เผชิญสถานการณ์โรค หลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญระยะหลังของการเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยความต้องการทางด้านร่างกาย ที่ญาติระบุว่ามีความต้องการห้องน้ำ และห้องพักใกล้ห้องผู้ป่วยขณะรอเยี่ยม มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาลและมีโทรศัพท์ที่สามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้

4.2) ส่งต่ออย่างปลอดภัย อธิบายได้ว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกิดอาการของโรคแบบรวดเร็วหรือแบบค่อยเป็นค่อยไปจนมีอาการหนัก ญาติหรือเพื่อนบ้านต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือโดยเร็วที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดครั้งแรกได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อค้นหาพยาธิสภาพของโรคว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือด ต้องทำการวินิจฉัยทางรังสีของระบบประสาท ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computer Tomography, CT) ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทั่วไปโดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดขณะส่งต่อ ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่มั่นใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่จะเกิดขึ้นขณะส่งต่อ หรือแม้แต่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang, 2007, p. 79-86) เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ญาติเกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บทบาทหน้าที่พยาบาลควรประเมินแหล่งสนับสนุนรวมทั้งกลไกการเผชิญปัญหาในการส่งต่อตลอดจนจุดแข็งของแหล่งสนับสนุนในระบบส่งต่อ เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ญาติมีความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณใน 2 ลักษณะ คือ

5.1) อยู่ได้ด้วยความหวัง อธิบายได้ว่า เป็นความต้องการความมั่นคงทางจิตใจผู้ให้ข้อมูลยังบอกเล่าถึงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤต ทำให้ญาติได้เห็นการได้รับความไม่สบายต่างๆ จากการเจ็บป่วย และรับรู้ได้ถึงภาวะคุกคามในชีวิตของผู้ป่วย สถานการณ์เช่นนี้จะก่อให้เกิดความเครียดทำให้ญาติต้องการมีความหวัง ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดบุคคลอาจใช้วิธีเผชิญความเครียดได้ใน 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & folkman, 1984) สำหรับในญาติผู้ป่วยวิกฤตนี้

อาจไม่สามารถที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้สาเหตุได้ทันที เพราะฉะนั้นการเผชิญความเครียดอาจต้องการปรับอารมณ์ของตนเพื่อลดความเครียด ความไม่สบายใจโดยการสร้างความหวัง ซึ่งการศึกษาของวงรัตน์ ไสสุข (2544, น. 104) พบว่าการสร้างความหวังหรือการมีความหวังจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Herth, 1989; McGee, 1984; อ้างใน วงรัตน์ ไสสุข, 2544, น. 104) โดยความหวังจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดได้ดีและประทับใจประกอบให้บุคคลดำเนินอยู่ต่อไปในสถานการณ์ที่ยุ้งยากได้ (Lazarus & Folkman, 1984) Friedman (1986; อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541, น. 54) ได้กล่าวถึงการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวประการหนึ่ง คือ หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ว่าเป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรักความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคงทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตดี รู้สึกว่าได้รับความรักความอบอุ่น รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง รวมทั้งรู้สึกว่าจะมีคนช่วยเหลือเมื่อตนอยู่ในภาวะลำบากเป็นผลมาจากสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเอาใจใส่ให้แก่กัน

5.2) ใช้หลักธรรมเข้าช่วย อธิบายได้ว่า เป็นความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ เป็นสิ่งที่เชื่อถือและยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในบุคคลที่มีความผูกพันกันย่อมที่จะต้องการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่มีต่อกัน เพราะฉะนั้นในญาติและผู้ป่วยที่มีความรักความผูกพันกันย่อมมีความต้องการที่จะดูแลกันและกันและเป็นเรื่องของจริยธรรมในการดูแล ตามพระชนะของญาติๆ จะแสดงพฤติกรรม เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจให้มีความสนใจ ห่วงใยไม่ละทิ้ง ให้การดูแลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน พุดคุยให้กำลังใจ (ศิริอร สันธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542, น. 10-23) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าญาติมีการรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย และมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วงรัตน์ ไสสุข (2544) ได้ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในลักษณะของการให้ความรัก ให้ความไว้วางใจการบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรัก ห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจังโดยการสนทนาโอบอุ้มสัมผัส เป็นต้น

การยึดมั่นในพระพุทธศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วย และต้องการให้บอกเล่าพิธีศาสนาอะไรบางขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าญาติมักแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณโดยการไหว้ระลึกถึงสิ่งทีนับถือเป็นอันดับแรก การสะเดาะเคราะห์ รดน้ำมนต์ ดูดวง ฟังพระช่วยรักษาเป็นอันดับรองลงมา สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าบุคคลจะใช้ศาสนาเป็นเครื่อง

ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบภาวะวิกฤตในชีวิต (กนกพร, 2540; บุนผา, 2536; อ้างใน วงรัตน์ ไสสุข, 2544, น. 104) แสดงว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความศรัทธาทางศาสนาจึงขอความคุ้มครองจากสิ่งที่ตนศรัทธา

5.2.2 การพัฒนารูปแบบการบริการเชิงการช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย

จากผลการศึกษาประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองได้ข้อสรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตออกมาใน 5 ประเด็น ดังกล่าวแล้วพบว่า มีประเด็นความรู้สึกรับต่อการบริการ 2 ประเด็น บอกความต้องการ 3 ประเด็น จึงนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่อาศัยทฤษฎีทางการพยาบาลรองรับร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้การบริการการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องใช้ได้ทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันระยะแรก การป้องกันระยะที่สอง และการป้องกันระยะที่สาม ตั้งแต่การวินิจฉัยปัญหาค้นหาต้นเหตุความเครียดการพยาบาลโดยความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลสำเร็จลงด้วยการใช้การป้องกันทั้ง 3 ระยะได้ด้วย ดังนั้นจึงสามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในการเผชิญโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตของญาติได้ และการนำญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตมีความพึงพอใจและรับรู้ว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยได้ เมื่อกลับไปบ้านด้วยความมั่นใจมากขึ้น จึงเห็นได้ว่าประสบการณ์ตรงที่ได้จากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สามารถส่งเสริมให้พยาบาลได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลโดยเฉพาะทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) จะเป็นรูปธรรมของการพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาลที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงแนวทางหนึ่ง

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของ ญาติผู้ป่วยวิกฤต มีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสาขา

อื่นๆ บนพื้นฐานการพยาบาลโดยใช้กระบวนการการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อประสิทธิภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาล

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรเตรียมความพร้อมของพยาบาลด้วยการให้ความรู้วิธีปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมของการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การบันทึกกระบวนการพยาบาลให้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ เป็นหลักฐานทางวิชาชีพและเชิงกฎหมาย และเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วย

2) ส่งเสริมให้มีการใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความประสานสอดคล้องอย่างต่อเนื่อง

5.3.3 ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ในกลุ่มผู้ป่วยสาขาอื่นๆ

2) กระบวนการวิจัยที่อาศัยวิธีเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สามารถทำให้ได้ข้อมูลจากสถานการณ์จริงของผู้ดูแล / ญาติ/ ผู้ป่วย หลายแง่มุม จึงควรพัฒนาวิธีการเชิงคุณภาพในการศึกษาทางวิชาชีพในตัวแปรอื่นๆ เช่น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสามารถของญาติในการปรับตัวเพื่อเผชิญภาวะวิกฤต เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน (*Pathophysiology and Management in Carotic Artery Stenosis*). เชียงใหม่: ภาควิชาสรีรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกสร ตามสัจย์. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2553) 10 ขั้นตอนง่าย ๆ วิจัยเชิงคุณภาพ (เคล็ดลับจากสามัญสู่ขั้นเทพ). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 82-88.
- จิตอารีย์ ดันติยาสวัสดิกุล. (2548). การศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเนื้องอกของสมองที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์, สุภาภรณ์ ค้างคอง, สมพร ศิริเต็มกุล, และวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ. (2536). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. *ขอนแก่นเวชสาร*. 17(2). 33-43.
- ช่อฉดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินตติ้ง.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพมาส ชินวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง = Stroke. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์

นิภาพร ภารัตน์วงศ์. (2547). การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วย ในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นิภาวรรณ สามารถกิจ, และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(3). 40 – 56.

นิตา ชูโต. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พรินต์โพร.

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรภัทร ธรรมสาโรช. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน = Ischemic stroke. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์

- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. (2541). ความสำคัญของการบริการพยาบาลเชิงธุรกิจ. ใน เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง กลยุทธ์การดำเนินงานบริการพยาบาลเชิงธุรกิจ (น. 1-8). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2548). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นสโตรคในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และสุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(3). 153-161.
- ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ภัทรวิทย์ รักภักกุล. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ: วันที่ 28 พฤษภาคม 2555. จากเว็บไซต์: [http://med.tu.ac.th/uploads/article/PDF/bkv6\(1\).pdf](http://med.tu.ac.th/uploads/article/PDF/bkv6(1).pdf).
- รัมภ์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2552). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุ่งรัตน์ วนิชภักขิต. (2540). ความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.

- วงศ์รัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 12(4). 33-38.
- วิไล สุรสาคร. (2549). การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วันเพ็ญ เกื้อหนู. (2547). การพยาบาลบุคคลในภาวะวิกฤต. ใน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2547). ภาวะช็อกและการพยาบาล = *Shock and nursing care*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.เพรส.
- ศรีเพ็ญ สุภพิทยกุล. (2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 4(1). 9-20.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น : ศิริภณท์ออฟเซ็ท.
- ศิริมาณีนโรจน์, อรัญญา เชาวลิต, และ ประณีต ส่งวัฒนา. (2547). ประสบการณ์ของผู้ดูแล : ความหมายของการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. วารสารสภาการพยาบาล. 19(1). 41-53.
- ศิริอร สันธุ, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่าง. วารสารสภาการพยาบาล. 14(3). 10-23.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2549). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ฉบับที่ 1. กรุงเทพฯ. สถาบันประสาทวิทยา.
- สุทธินิ วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วิสิฐสิน.

สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร. (2547). *การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยา นิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ. (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก-พับลิชชิง.

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภางค์ จันทวานิช. (2536). *พฤติกรรมรวมหมู่*. ใน สังคมและวัฒนธรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ กับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยหอวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อลิศรา ชูชาติ. (2538). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. ใน อุณา นพคุณ และคณะ ชุดวิชาวิจัยทางการศึกษานอกโรงเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรมการศึกษานอกโรงเรียน.

อจธรา นวจินดา, และกาญจนา ลุศนันท์. (2543). *ปัจจัยทางครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพ*. ใน สุชาติ โสมประยูร และสุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย (บรรณาธิการ). *คุณภาพเพื่อชีวิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538). *ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). *การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์

เอี่ยมพร สกุลแก้ว. (2551). *5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย: อันดับ 4 โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.

- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care: finding a place in a world of uncertainty. *Intensive & Critical Care Nurse*. 23(3). 170-177.
- Aguilera, D. C., & Messick J. M. (1982). *Crisis Intervention : Theory and methodology*. Missouri: Mosby.
- Aguilera, D. C., & Messick, J. M. (1986). *Crisis intervention : Theory and methodology*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Annells, M. (1996). *Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspectives and current use in nursing research*. Retrieved: September 30, 2012, from: <http://Phenomenologyonline.com>.
- Aguilera, D. C. (1998). Crisis intervention. In Birckhead, L. M. (Ed.). *Psychiatric/mental health nursing* (pp. 299-250). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Aguilera, D., & Messick, J. (1978). *Crisis intervention: Theory and methodology*. (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13(6). 375–384.
- Baker, C. F., & Nieswiadomy, R. M., & Arnold, W. K. (1988). Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. *Heart & Lung*. 17(4). 441-446.
- Beck, C. T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*. 16(13). 254-262.
- Berg R.A., Hemphill R., Abella B.S., Aufderheide T., Cave D.M., Fran Hazinski M., et al. (2010). *Part 5: Adult Basic Life Support*. American Heart Association.
- Berg, R. A., Hemphill, R., Abella, B. S., Aufderheide, T. P., Cave, D. M., Hazinski, M. F., ...& Swor, R. A. (2010). Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 122(18). 686-698.
- Black, J. M. & Matassarin-jacobs, E. (1993). *Luckmann and sorensen's medical-surgical nursing: A physiologic approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Brainin, M., & Heiss, W. D. (2010). *Text book of Stroke medicine*. UK: Cambridge University Press.
- Buddhawan, N. (2002). The relationship between transition conditions and disability in traumatic brain injury patients. Unpublished Master's thesis. Department of nursing science in adult nursing. Graduate School, Mahidol University
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic books.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. 29(3). 28-34. doi: 10.4037/ccn2009611.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*. 16(9). 1618-1628.
- Evan, L. R., Boyd, E. A., Malvar, G., Apatira, L., Luec, J. M., Lo, B., & White, D. B. (2009). Surrogate decision-maker's perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*. 179(1). 48-53.
- Georgita, A., Fournier, A., Bouffandeau, B., & Oprisiu, R. (2000). INSIGHT and NORDIL. International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment. Nordic Diltiazem Study. *Lancet*. 356(9245). 1927; author reply 1928-1929.
- Hanzink, M. F., (editor). (2010). *Highlight of the 2010 American Heart Association Guideline for CPR and ECC*. [online]. Retried: July 25, 2012. From: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/cpr/content/cpr2010.pdf>
- Hickey, P. (1996). *Personal communication*. Tacoma, WA: Tacoma Public Utilities.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1966). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 25(6). 467-474.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, L. Y., & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult Intensive Care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 12(4). 490-500.

- Leonard, P. (1994). Knowledge/Power and Postmodernism, Implications for the Practice of a Critical Social Work Education. *Canadian Social Work Review*. 11(1). 11-26.
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patient: A follow up. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 15(2). 189-193.
- Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 20(3). 236-244.
- Leske, J. S. (1992). Comparison rating of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristic. *Critical Care Nursing Clinic of North America*. 4(4). 607-613.
- Leske, J. S. (2002). Interventions to decrease family anxiety. *Clinical Care Nurse*. 22(6). 61-65.
- Leske, J. S. (2003). Comparison of family stresses, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN Clinical Issues in Critical Care*. 14(1). 33-41.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*. 151(6 Suppl). 155-160.
- Molter, N. C. (1979). Need of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care*. 8(2). 332-339.
- Neuman, B. (2002). The Neuman system model. In Neuman, B. & Fawcett, J. (eds). *The Neuman System model*. (4th ed.). (pp. 3-33). New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McGee, R. T. (1986). The cycle in property-casualty insurance. *Federal Reserve Bank of New York Quarterly Review*. 11. 22-30.
- The American Heart Association, (2010). cited as follows: Berg, R. A., Hemphill, R., Abella, B. S., Aufderheide, T. P., Cave, D. M., Hazinski, M. F., ...& Swor, R. A. *Part 5: Adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation*. 122(suppl 3). S685–S705.

- Wall, R. J. (2009). The One Thing Certain in the ICU Is Uncertainty. *Critical Care Alert*. 17(2). 9-16.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patient with traumatic brain injury*.
Unpublished Master's thesis. Department of nursing science in adult nursing. Graduate School,
Mahidol University.
- Washington, G. T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 20(1). 36-40.
- Yang S. (2007). A Mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit.
Australian Journal of advance nursing. 25(4). 79-86.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (Nursing) ครุศาสตรบัณฑิต (การศึกษาพยาบาล) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (Psychiatric Mental Health Nursing) ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ

วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลมิชชั่น ครุศาสตรบัณฑิต (การแนะแนว) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร พยาบาลมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต อุดมศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

3. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) (บริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 19/56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: "การพัฒนารูปแบบบริการเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญ
ภาวะวิกฤติของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย"

ของ: นางจรรยา นาคจันทร์

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเรนต์ลีย์ และเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์



แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1

วันที่สัมภาษณ์.....

ผู้ให้ข้อมูลคนที่.....(เริ่มตั้งแต่คนที่ 1,2,3,4.....ตามเกณฑ์ที่กำหนดจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว

ภูมิลำเนา.....

เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก

จำนวนบุตร

() ไม่มี () มี.....คน

ศาสนา

() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆระบุ.....

ระดับการศึกษา (โปรดระบุ).....

สิทธิค่าใช้จ่าย (โปรดระบุ).....

ลักษณะงานอาชีพ (โปรดระบุ).....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน..... บาท

รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนในปัจจุบัน..... บาท

ความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ () มีเหลือเก็บ

การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

วัน/เดือน/ปีที่มารับบริการหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินครั้งแรก.....

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน วัน.....เดือน..... ปี.....

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยงานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เวลา.....

ถึงเวลา.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง ความสอดคล้องของปัญหากับทฤษฎีการพยาบาลของ Lazarus & Folkman (1986)

คำถาม	เนื้อหาของทฤษฎี
1. ตลอดเวลาที่ผ่านมามีต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (โรคหลอดเลือดสมอง) คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง	การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น
2. ในความคิดของท่านผลการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในญาติของท่านเป็นอย่างไร	การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมิน ตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น
3. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันในญาติของท่านครั้งนี้มีผลกระทบกับครอบครัวและตัวท่านอย่างไร กระทบสัมพันธ์ภาพครอบครัว....ชีวิตประจำวัน....รายได้...	ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่ามีผลกระทบต่อตนเอง
4. ครอบครัวของท่านและตัวท่าน ทำอย่างไรกับความรู้สึกที่มีต่อปัญหา...ผลเป็นอย่างไร ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย	กระบวนการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน หรือการประเมินขั้นปฐมภูมิ โดยหลังจากที่บุคคลประเมินเหตุการณ์และดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ก็จะเลือกวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)
5. ในขณะที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (โรคหลอดเลือดสมอง) มีใครในครอบครัวได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยหรือไม่ อย่างไร	สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) โดยผู้ที่มีความผาสุกทางกายหรือมีสุขภาพดีและมีพลังงานมากจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อ่อนแอ เจ็บป่วยเหนื่อยล้า หรืออื่นๆ ที่ทำให้บุคคลมีพลังงานน้อย
6. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาเครื่องมือที่ใช้และการดูแลหรือไม่/จากใคร ฟังพอใจหรือไม่ ต้องการทราบอะไรเพิ่มเติม	การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่

คำถาม	เนื้อหาของทฤษฎี
7. มีใครเคยบอกเหตุผลในการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น อุปกรณ์วัด Vital Signs, เครื่องมือจับออกซิเจนในกระแสเลือดและการให้ออกซิเจน กับผู้ป่วยบ้างหรือเปล่า	การประเมินคัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำ หรือเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่
8. เมื่อท่านมีความเครียดจากความเจ็บป่วย ญาติของท่าน ท่านใช้วิธีผ่อนคลายอย่างไร... ทำอย่างไรบ้างมี	กระบวนการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นควบคู่เกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมินหรือการประเมินขั้นปฐมภูมิโดยหลังจากที่บุคคลประเมินเหตุการณ์และดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ก็จะเลือกวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)
9. เมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีต ท่านรับรู้ว่าการประสบการณนี้แตกต่างจากที่ผ่านมาอย่างไร	การใช้ประสบการณ์ในอดีต (Past experience usage) ที่เคยใช้แก้ปัญหาสำเร็จมาก่อนหรือใช้วิธีการที่คุ้นเคยมาก่อนทำให้เข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาได้ดีกว่า และสามารถแก้ปัญหาในเวลารวดเร็วขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง
10. มีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ท่านประสบและต้องการความช่วยเหลือ	การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินศักยภาพของตนเองและ แหล่งประโยชน์ประเมินทางเลือกและวิธีการเผชิญปัญหา (Coping option)
11. ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร.....	การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และ/หรือวัตถุสิ่งของจากบุคคล
12. ในระหว่างเวลาเจ็บป่วย ท่านได้ขอความช่วยเหลือจากใครบ้าง และได้ผลอย่างไร เป็นไปตามที่ท่านต้องการหรือไม่ เพราะอะไร	การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้ปัญหาและหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหานั้นๆ
13. สิ่งที่ท่านต้องการสนับสนุนจากผู้อื่นในขณะนี้ดูแลผู้ป่วยอยู่ ท่านต้องการอะไรบ้าง เพราะอะไร และท่านจะทำอะไรต่อ	การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้ปัญหาและหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหานั้นๆ

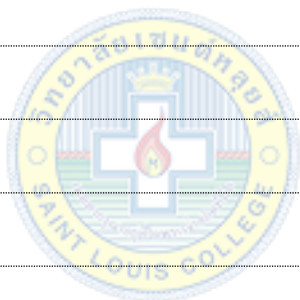
แบบบันทึกการเก็บข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ).....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์.....

สถานที่.....

พฤติกรรมของผู้ให้สัมภาษณ์



ภาคผนวก ง

ตำราหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





บันทึกข้อความ

กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 95002/2556
ลงวันที่ 11/3/56

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 11 มีนาคม 2556

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วยนางจีรภา นาคจันทร์ นักศึกษานิพนธ์โท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเรนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการดำเนินงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางจีรภา นาคจันทร์ แะ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ทราบ

อนุกต 11จ้วธาชย

1

ล.ล.

12 มี.ค.

สำเนาเรียน : อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์



บันทึกข้อความ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 11 มีนาคม 2556

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วยนางจิรภา นาคจันทร์ นักศึกษานิพนธ์โท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการสำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพขอเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางจิรภา นาคจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ทพ

ชยภัทร งามอ่อนหงษ์

ก.ค.

12 มี.ค.

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathorn Rd, Vannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.รล.83000/0275

6 มีนาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วยนางจิรภา นาคจันทร์ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางจิรภา นาคจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุขเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/รล

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0927

18 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

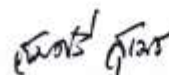
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางจรีภา นาคจันทร์ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเชิงการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติ" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤต ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ด้วยการตอบแบบสอบถามโดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางจรีภา นาคจันทร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ดร.สมศรี สุ่มธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 083-2346385

พบ/ธล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางจิรภา นาคจันทร์
วัน/ เดือน/ ปีเกิด	วันที่ 29 มีนาคม 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี (พ.ศ. 2532) ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ.2548)
ประสบการณ์การทำงาน	 ปี พ.ศ 2532 - 2535 พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ปี พ.ศ. 2535 – 2540 พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอรัญประเทศ ปี พ.ศ. 2540 - 2554 พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2554 – 2556 พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ปีพ.ศ.2556 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล ช่วยราชการโรงพยาบาลโคกสูง จ.สระแก้ว