

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

### โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

#### ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมอง “cerebrovascular disease” (CVD) หรือที่นิยมเรียกกันว่า stroke คนไทยเรียกโรคนี้ว่า “โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต” (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 15) หน่วยงานสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Survey of Stroke) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530 ก, หน้า 3 ; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 2-3 ; Walker, Robins, & Weinfeld, 1981, p. 13)

1. การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (cerebral embolism)
2. การแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ

### ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นสองกลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) (Black & Matassarin, 1993 ; Hickey, 1986)

### อุบัติการณ์

ในประเทศตะวันตกพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 200 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมีอุบัติการณ์การเกิดในชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน แต่ความแตกต่างของอุบัติการณ์เกิดในเพศจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น และอัตราการเกิดก็จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อุตการณ์เกิดสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี ทั้งนี้เนื่องมาจากความเสี่ยงของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีพบในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 53)

สำหรับประเทศไทย สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ได้ทำการสำรวจความชุกของโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีจำนวน 690 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 20) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2535 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.6 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายมีอัตราตายเท่ากับ 13.0 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ส่วนเพศหญิงมีอัตราตายเท่ากับ 7.0 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, 2539) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน (สถาบันประสาทวิทยา, 2544) และจากสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็น ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มารับบริการ (โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า, 2543)

### ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือลดสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมี 4 ประการ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 39-53 ; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 53-57)

1. ความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 3-7 เท่า ทั้งนี้แล้วแต่อายุ เพศ ระยะเวลาเป็นโรค และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละราย จากการศึกษาของ เดนนิส และวาร์โลว์ (Dennis & Warlow, 1987, p. 867) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละ 70 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) จะเป็นตัวบ่งชี้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic)

หลอดเลือดแตกในสมองที่เกิดขึ้นเองทันที (spontaneous intracerebral hemorrhage) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะความดันโลหิตสูง ตำแหน่งที่มีเลือดออกในสมองจะพบหลอดเลือดโป่งพองเล็ก ๆ (microaneurysm) ส่วนหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis) เพิ่มขึ้น ผลตามมาก็คือหลอดเลือดแดงในสมองเกิดการแข็งตัว (cerebral arteriosclerosis) ในที่สุดจะเกิดการอุดตันจากลิ่มเลือดที่เกิดในหลอดเลือดสมอง (cerebral thromboembolism) โดยกล่าวได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะเร่งให้เกิดการแข็งตัว (atheroma) ของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิดการอุดตัน (thrombosis) ในตำแหน่งนั้น หรือมีการหลุดของลิ่มเลือด (emboli) จากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดตันหลอดเลือดสมองส่วนปลาย ๆ ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (cerebral infarction) ตามมา

2. โรคเบาหวาน (diabetes) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ๆ โดยมิได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ง่าย (atherosclerosis) โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงแข็งทั่วร่างกาย และถ้าเป็นหลอดเลือดของสมอง ก็ทำให้เป็นอัมพาตขึ้น อัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองตีบและเป็นอัมพาตได้สูงกว่า ผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidaemia) ภาวะนี้ก่อให้เกิด atherosclerosis โดยมีความสัมพันธ์กับคอเลสเตอรอล (cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ส่งผลให้หลอดเลือดสมองอุดตัน หรือแตกได้

4. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเสียชีวิต ซึ่งพบมากกว่าพวกไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า การสูบบุหรี่จัดนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันสูงถึง 3 เท่าในผู้ชาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อย และสูบบุหรี่จัด

ในปัจจุบันยอมรับกันว่าการสูบบุหรี่จัดนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) ลดระดับของไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein : HDL) ในเลือด และเพิ่มการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamine) ยิ่งกว่านั้น ปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลต่อการทำลายเซลล์เอนโดทีเลียม (endothelial cell) ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น

นอกจากนี้ มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ โรคหัวใจ ภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจ ภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกาย แอลกอฮอล์ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent stroke) และปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (familial factor) และการมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว

## พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

ในการกล่าวถึงพยาธิสภาพนี้จะแบ่งกล่าวตามสาเหตุ คือ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด (hemorrhagic stroke) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530 ข, หน้า 153-182 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 40-43)

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ในภาวะปกติ สมอจะมีเลือดมาเลี้ยง (cerebral blood flow) ประมาณ 50-55 มิลลิลิตร/100 กรัม/นาที ถ้าปริมาณเลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งของสมอง (regional cerebral blood flow) ลดลงต่ำกว่า 18 มิลลิลิตร/100 กรัม/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางศีรษะแต่ยังไม่ตายจะทำงานได้เป็นปกติถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณที่ต่ำเดิม แต่ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิงเกิน 2-8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายและไม่สามารถฟื้นได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528, หน้า 379) เมื่อมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดใดหลอดเลือดหนึ่ง ในระยะแรกร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ทำให้ไม่มีอาการทางคลินิก การปรับตัวอาจเกิดเนื่องจาก มีการไหลเวียนของเลือดไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกันเพื่อเบนทิศทางการไหลไปจากบริเวณที่อุดตัน (collateral circulation) หรืออาจมีการสกัดออกซิเจนและกลูโคสจากกระแสเลือด เมื่อเกิดอาการตีบหรืออุดตันมากขึ้นจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอก็จะเกิดอาการผิดปกติทางสมองเฉพาะที่ (focal neurological deficit) อาการที่พบจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด การตีบของหลอดเลือดอาจเกิดเนื่องจากของหลอดเลือดแคบลงจะทำให้เกิดการหยุดไหล (stasis) และการไหลวนกลับ (turbulent flow) ของกระแสเลือด ซึ่งการหยุดไหลและการไหลวนกลับของกระแสเลือดดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น กล่าวคือ การหยุดไหลของกระแสเลือดซึ่งจะเกิดบริเวณถัดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมาทางด้านอวัยวะที่ขาดเลือดไปเลี้ยง จะทำให้เกิดการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด (activated clotting factor) นอกจากนี้ยังทำให้บริเวณที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดภาวะเป็นกรด (acidosis) ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดได้มากขึ้น ส่วนการไหลวนกลับของกระแสเลือด จะเกิดขึ้นในบริเวณถัดจากหลอดเลือดตีบ หรืออุดตันมาทางด้านหัวใจ ซึ่งจะทำให้เกิดลิ่มเลือด และเนื่องจากการไหลวนกลับของกระแสเลือดทำให้เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดชนกันหรือกระแทกกับผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มกันและติดแน่นกับผนังหลอดเลือด ทำให้บริเวณนั้นขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เซลล์เอ็นโดทีเลียล (endothelial cell) ซึ่งบุภายในหลอดเลือดฝอยจะเสีย

หน้าที่จนเกิดเลือดออกรอบ ๆ หลอดเลือด และมีสมองบวม (brain edema) เนื้อสมองที่บวมจะกดทับหลอดเลือดฝอยทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

## 2. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด

เมื่อมีการแตกของหลอดเลือดสมอง เลือดออกจากหลอดเลือดเข้าไปในเนื้อสมองก่อน โดยยังไม่เข้าไปในช่องใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid space) แต่เมื่อก้อนเลือดโตขึ้น จากการที่มีเลือดออกมากขึ้นเรื่อย ๆ เลือดจะซึมเข้าช่องของสมอง (ventricular system) ถ้าความดันโลหิตไม่สูงมาก เลือดที่ออกจะรวมตัวเป็นก้อนตรงบริเวณที่แตกและจะปิดหลอดเลือด ถ้าความดันโลหิตสูงหลอดเลือดที่แตกไม่สามารถปิดได้ ก้อนเลือดในสมองจะเบียดและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้ความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้นจนสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หากไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (herniation) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

## อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคจะแตกต่างกันไปตามสาเหตุ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งแบ่งออกได้ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 43-47; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 63-89)

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด และอาการจะเกิดขึ้นค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดตีบและรูของหลอดเลือดแดงแคบลง มักพบในผู้สูงอายุ และเกิดในขณะนอนหลับ หรือพัก อาการและอาการแสดงแบ่งออกได้ ดังนี้

1.1 สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attacks : TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นประมาณ 5-30 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่หลอดเลือดไปเลี้ยง เช่น ถ้าส่วนที่เสียหายที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดแดงคาโรติด (carotid artery) และหลอดเลือดแดงซีรีบรัล (cerebral artery) จะมีอาการเสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา เป็นอัมพาตครึ่งซีก รู้สึกขาไปครึ่งซีก มีความผิดปกติในการพูด ลับสน ถ้าเกิดที่หลอดเลือดแดงเวอร์ทีโบรเบซิลลา (vertebrobasillar artery) ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ขา พูดตะกุกตะกัก ลานสายตา (visual field) เสียไป อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราวนี้ประมาณหนึ่งในสามจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ในที่สุด (จเร ผลประเสริฐ, 2528, หน้า 380)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด (stroke in evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่ทีละน้อย ยังไม่สิ้นสุดและกำลังจะเป็นมากขึ้น (Hickey, 1986, p. 499) อาการและอาการ

แสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดไปเลี้ยง เช่นเดียวกับการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว แต่อาการรุนแรงมากกว่า

1.3 โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (complete stroke) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่โดยสิ้นเชิง (จเร ผลประเสริฐ, 2528, หน้า 381) เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก ลานสายตาเสียครึ่งซีก มีอาการผิดปกติของเส้นประสาทสมอง (cranial nerve palsies) และหมดสติ (coma) เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตัน (embolic stroke) อาการและอาการแสดงมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในชั่ววินาที หรือนาที โดยไม่มีอาการเตือน มีอาการชักบ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น และอาจเป็นอาการนำก่อนเกิดอาการผิดปกติทางสมอง (neurologic deficit) เพราะลิ่มเลือดมักจะหลุดไปอุดตันบริเวณสมองชั้นนอก (cortex) อาการชักจะติดต่อกัน (serial convulsion) นอกจากนี้ยังพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด เช่น โรคหัวใจ ลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากหัวใจส่วนใหญ่มักจะลอยเข้ามาในระบบการไหลเวียนเลือดของสมองตามหลอดเลือดแดงคาโรติด (carotid artery) ถ้าก้อนใหญ่จะอุดตันหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลคาโรติด (internal carotid artery) ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (middle cerebral artery) ทำให้เกิดอัมพาต หูไม่ได้ ถ้าลิ่มเลือดเข้าไปในสมองตามหลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรัล (vertebral artery) มักจะอุดหลอดเลือดแดงโพสทีเรียซีรีบรัล (posterior cerebral artery) ทำให้เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา

3. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนมากจะพบในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง มีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ชัก อัมพาตครึ่งซีก ความรู้สึกตัวเสียไปจนหมดสติ อาการดังกล่าวยังคงอยู่จนกระทั่งก้อนเลือดถูกดูดซึมไป ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และหากไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ง่าย

#### การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ นอกจากการรักษาตามสาเหตุแล้วมีอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ การรักษาโรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือโรคหัวใจ ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้ ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 92)

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีวิธีการรักษา ดังนี้

1.1 ให้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet antiaggregant) ยาที่นิยมใช้ คือ แอสไพริน (aspirin) เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน มักนิยมให้ในขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน

1.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) มักให้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดสมองอุดตันและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีที่ใช้แอสไพริน (aspirin) แล้วไม่ได้ผล หรือมีลิ่มเลือดจากหัวใจอุดตัน ยาที่ใช้ได้แก่ เฮพาริน (heparin) อาจให้โดยการหยดเข้าหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หรือใช้วอร์ฟาริน (warfarin) ให้โดยการกิน เมื่อให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด จะต้องติดตามตรวจการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ ๆ อยู่เสมอ

1.3 การรักษาภาวะสมองบวม เนื่องจากเมื่อสมองขาดเลือดสมองก็มักจะบวม อาการบวมของสมองบางครั้งมีความรุนแรงมากทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (brain herniation) โดยจะบวมมากในวันที่ 2-4 รักษาโดยการให้สเตียรอยด์ (steroid) แมนนิทอล (mannitol) ยาขับปัสสาวะ เช่น ฟูโรซีไมด์ (furosemide)

1.4 การรักษาระดับความดันเลือด ควรรักษาระดับความดันเลือดให้พอเหมาะคือ ไม่สูงหรือต่ำเกินไป ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงไม่ควรลดให้ความดันไดแอสโตลิก (diastolic) ต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไป จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น

1.5 การลดความหนืดของเลือด ถ้าเลือดมีความหนืดมากก็จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ดี โดยทั่วไปมักนิยมลดความหนืดของเลือดโดยใช้น้ำเกลือ (half normal saline) อัลบูมิน (albumin) และเดกเตรน (dextran) เป็นต้น

#### 1.6 การรักษาโดยการผ่าตัด

1.6.1 การผ่าตัดหลอดเลือดเอาลิ่มเลือดออก (endarterectomy) โดยการเอาผนังหลอดเลือดชั้นในสุด (intima) และชั้นกลาง (tunica media) ออกเหลือไว้แต่ เนื้อเยื่อยืดหยุ่นชั้นนอก (external elastic membrane) และผนังหลอดเลือดชั้นนอก (adventitia) เท่านั้น

1.6.2 การผ่าตัดต่อหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะเข้ากับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (extracranial intracranial bypass (EC/IC bypass)) ทำในกรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดง มิดเดิลซีรีบรัล (middle cerebral) ปัจจุบันไม่นิยมทำ

2. โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันไม่ให้เลือดออกอีก และลดความดันในกะโหลกศีรษะ มีวิธีการรักษาดังต่อไปนี้

2.1 การควบคุมความดันโลหิตสูง ให้ยาลดความดันในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก และมีโรคความดันเลือดสูงอยู่เดิม ยาลดความดันเลือดที่นิยมใช้ คือ โซเดียมไนโตรพรัสไซด์ (sodium nitroprusside) ปกติมักจะควบคุมให้ความดันเลือดลดลงไม่เกินร้อยละ 20-30 ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สีก้าว และมีความดันเลือดซิสโตลิก (systolic) สูงเกิน 200 มิลลิเมตรปรอท และลดลง

167059

๖  
๖๑๐.๗๓๕  
๐/๒๔๒  
๑

ร้อยละ 15-20 ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดซิสโตลิก (systolic) 160-170 มิลลิเมตรปรอท หรือควบคุมให้ความดันเลือดอยู่ประมาณ 160-170/95-100 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่มีความดันเลือดสูง และ 180-185/105-110 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงมาก่อน

## 2.2 การลดสมองบวม ยาที่นิยมใช้ คือ

2.2.1 แมนนิทอล (mannitol) ใช้ลดการบวมของสมอง หรืออาจจะใช้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำผ่าตัด

2.2.2 เดกซามิโทซาโซน (dexamethasone) เป็นสเตียรอยด์ (steroid) ใช้ในรายอาการไม่รุนแรงมากนัก

## 2.3 การผ่าตัด การผ่าตัดที่นิยมทำมี 2 วิธี คือ

2.3.1 การทำผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (ventricular drainage)

2.3.2 การทำผ่าตัด โดยวิธีผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (craniotomy) และเปิดกะโหลกศีรษะออก (craniectomy)

### ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

จากอาการและพยาธิสภาพดังกล่าว เป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมายกับผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### 1. ปัญหาด้านร่างกาย มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) โดยมีอาการชา (numbness) อ่อนแรงของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาต ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา ทำให้แขนขาด้านที่อ่อนแรงเกิดการบวม (Birchenall & Streight, 1993, p. 295) ผู้ป่วยรู้สึกแขนขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก ทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากขึ้น และถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บ จะยิ่งทำให้เกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดไหล่ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยข้างบ่อ เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกต่อแขนข้างที่อ่อนแรง จึงทำให้เกิดอาการปวดไหล่ และตามมาด้วยข้อไหล่ติด ซึ่งพบว่าเป็นข้อที่ติดมากที่สุด (ประไพ พัวพันธ์, 2530, หน้า 341 ; ธรณิศร โคษยานนท์, 2534, หน้า 604)

1.2 การพูด ความผิดปกติที่พบ เช่น พูดไม่ชัด (dysarthria) หรือพูดไม่ได้ (aphasia) จนถึงได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของเสียง สื่อภาษาไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความคิดของตน และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมา (บุญล ตะบุนพงศ์, และคณะ, 2537, หน้า 10 ; Ragsdale et al., 1993, pp. 150-157)

ผู้ป่วย ที่พูดไม่ได้หรือพูดสับสน จะมีความสามารถทางสติปัญญาไม่แน่นอน สำหรับผู้ป่วยที่พูดไม่ชัดจะมีความสามารถทางสติปัญญาตลอดจนการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ (Wertz, 1978, pp. 17-66)

1.3 การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาท ที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืนอาหาร พบได้ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ ปอดอักเสบ ภาวะทุพโภชนาการ และเสียชีวิตได้ (Emick & Wood, 1990, pp. 126-132 อ้างถึงใน สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541, หน้า 13) ซึ่งมีรายงานว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะเกิดการสำลักอาหาร และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละแปดเท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2530, หน้า 1)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ มีหลายประการ ดังนี้

1.4.1 การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้เกิดความบกพร่องในการปรับท่า และการกะระยะของการเคลื่อนไหว (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541 ; Black & Matassarin, 1993 ; Hickey, 1986) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้มทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว เป็นสาเหตุให้เกิดการฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาต่อมา เกิดความยากลำบากได้

1.4.2 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนเย็นผิดปกติ โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยว หรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อม ๆ กัน ผู้ป่วยจะมีปัญหา คือ บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกได้ไม่ถูกต้อง และไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดได้ (Hickey, 1986) เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติเหล่านี้ทำให้ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะผู้ป่วยมักจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้นร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพหรือกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายแล้ว

1.4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลา บุคคล และสถานที่ หรือมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสม

1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นสายตาตนเองได้ ความผิดปกติที่พบคือ เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemianopia) (Black & Matassarin, 1993 ; Hickey, 1986) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติใน

ลักษณะการมองเห็นภาพซ้อน ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ อาจพบการมองเห็นไม่ชัดในผู้ป่วยบางราย ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ด้านการมองเห็นนี้ จะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการนั่งและการยืนของผู้ป่วย

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันได้ (Hickey, 1986) จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ เดิม ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและไม่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตนเองได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (Hickey, 1986) แต่ในบางรายอาจมีปัสสาวะกั่งค้างไม่สามารถถ่ายปัสสาวะออกได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกาย หรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ การ์เวซ, 2539)

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบ คือ ความต้องการทางเพศ ลดลง ทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย (Binder, 1984) จากการศึกษาของ เบิร์ช, ดีแฟรงค์, และวอลฟ์ (Bray, Defrank, & Wolfe, 1981) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน เพศหญิง 11 คน โดยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 สัปดาห์ พบว่า ความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง นอกจากนี้ เฮแกน, วอลลิน, และเบเออร์ (Hagan, Wallin, & Baer, 1980 cited in Burgener & Logan, 1989) ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กับขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ส่วน เบอร์จีเนอร์ และโลแกน (Burgener & Logan, 1989) กล่าวว่า พยาธิสภาพของผู้ป่วยพฤติกรรม และปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมและความต้องการทางเพศของผู้ป่วย

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อของข้อต่อที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า นอกจากนี้ยังพบการ

เหยื่อลึบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำ แผลกดทับและ ปอดบวม (สุวพักตร์ บุณนเวช, 2521)

2. ปัญหาด้านจิตใจ เมื่อผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และยังอาจมีการทำงานในส่วนต่าง ๆ บกพร่องหรือสูญเสียได้ด้วยดั่งที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Miller, 1983) โรบินสัน และไพร (Robinson & Price, 1982, p. 635) ได้ศึกษาติดตามผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 103 รายโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70 โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะนี้เกิดสูงสุดในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ แซนตัส และคณะ (Santas et al., 1990) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนแรกจะเกิดขึ้นเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ภาวะซึมเศร้า จะเกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ อาการซึ่งแสดงถึงการถอนหนีจากสังคม เช่น แยกตัวเอง เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด หดหู่ โกรธง่าย ก้าวร้าว (Bronstein, 1991) นอกจากนั้นผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์โกรธในรูปของการทำร้าย เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายตนเอง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต้องการ คำแรงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง ต้องการได้รับความเอาใจใส่หรือสนใจจากผู้ดูแลหรือญาติหรือนุคนครรอบข้าง (Robert, 1978) ผลกระทบด้านจิตใจยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ลดความอยากอาหาร ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หมดแรง เหนื่อยง่าย เป็นต้น

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสดูติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Doolittle, 1988 ; Robinson & Mahoney, 1995) หรือในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย อีกทั้ง บทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือ

บทบาททางสังคม ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และมีความรู้สึกกลัวเหว่ (Frazan, 1991)

จากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) จึงจำเป็นต้องมีการวัดระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อที่จะให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง

#### การวัดระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAI) เพื่อประเมินระดับการพึ่งพา และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ที่สร้างโดย มาโฮนี และบาร์ธเอล (Mahoney & Barthel, 1958 cited in Dowell & Newell, 1996, p. 58) แบบวัดนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ให้ค่าคะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน ต่อมา คอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) ได้นำมาดัดแปลงเกณฑ์การให้คะแนน ให้ค่าคะแนนรวมทั้งหมดเป็น 20 คะแนน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วย 25 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Kendall's coefficient) เท่ากับ .93 สำหรับในประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542, หน้า 148-150) ได้นำแบบประเมินของคอลลิน และคณะมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทย 703 คน ที่สล้มคลองเตย ที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (kappa coefficient) ได้เท่ากับ .79 (Jitapunkul et al., 1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้ 4 ระดับ ตามระดับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-4 คะแนน การพึ่งพาระดับรุนแรงมาก ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด (total dependence)

ช่วงคะแนน 5-8 คะแนน การพึ่งพาระดับรุนแรง (severe dependence)

ช่วงคะแนน 9-11 คะแนน การพึ่งพาระดับปานกลาง (moderately severe dependence)  
 ช่วงคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป การพึ่งพาระดับต่ำเล็กน้อย (mildly dependence)

## แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

### ความหมายของการดูแล

การดูแล (caregiving) คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลโดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับความรุนแรงของโรคนั้น (Kane & Kane, 2000, p. 321 ; Schoenfelder & Swanson, 2000, pp. 49-51)

### ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (family caregiver, family caretaker, informal carer) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีสภาพร่างกาย หรือจิตใจอ่อนแอทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Fact sheet : National Family Caregivers Association : NFCA, 2000) ความหมายของผู้ดูแลยังสามารถจำแนกตามระดับหน้าที่ความรับผิดชอบได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ส่วนผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลที่ช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง ไม่ได้ปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 86 ; Horowitz, 1985, p. 200 ; Lubkin, 1990, p. 200 ; Lund, 1993, p. 58) งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างให้เป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลรอง

### สาเหตุของการดูแล

สมาชิกในครอบครัว คือ แหล่งเกื้อกูลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ณาพร ชโยวรรณ (2542, หน้า 63-64) ได้ทำการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 98 อาศัยอยู่กับครอบครัว และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพราะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2544, หน้า 142) จากการทบทวนวรรณกรรม สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายใต้สังคมไทยที่มีลักษณะเด่นจากอิทธิพลความเชื่อเรื่องบาปบุญ กรรมเวรและการทดแทนบุญคุณ จำแนกสาเหตุได้ ดังนี้ คือ การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การดูแลเป็นหน้าที่ ไม่ควรหลีกเลี่ยง การดูแลด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกผูกพัน การดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ชุมชนให้การ

สนับสนุน ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ได้รับการจัดปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้น (Subgranon & Lund, 2000, p. 166)

### กิจกรรมการดูแล

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Archbold, 1982 cited in Schoenfelder & Swanson, 2000, pp. 49-50)

1. การดูแลโดยตรง (direct activities) คือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การเตรียมอาหาร การจัดหายา เป็นต้น ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มักให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย (Penrod, Kan, Kan, & Finch, 1995, p. 489)

2. การดูแลโดยอ้อม (indirect activities) คือการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การไปเยี่ยม โทรศัพท์พูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว และการพาไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด เป็นต้น

### ผลกระทบของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านลบที่มีต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกดดันและความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง ความรู้สึกเครียด ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย โศกเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ เป็นต้น ทางด้านร่างกาย ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว เพื่อนหรือสังคม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544, หน้า 69 ; Given & Given, 1991, pp. 83-85 ; Lubkin, 1990, pp. 205-206) ซึ่งผลการวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (พรชัย จุลเมศค์, และบุพิน ถนัดวนิชย์, 2543, หน้า ข) ส่วนผลกระทบทางด้านบวกนั้น ผู้ดูแลจะมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเอง ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ มีความภาคภูมิใจ ได้รับความชื่นชมและยอมรับจากบุคคลรอบข้างรวมทั้งการได้เผชิญปัญหาที่ท้าทายความสามารถของตนเอง (Given & Given, 1991, pp. 83-85 ; Horowitz, 1985, p. 211)

### ปัญหาในการดูแล

ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการดูแล ซึ่งสรุปได้ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544, หน้า 69)

1. ผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการความรู้เรื่องโรคและแนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่ให้การดูแล

3. ระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (activity of daily living : ADL) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง และต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น

4. ระดับความเจ็บป่วย (level of illness) ระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยังต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมาก

5. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น และขนาดของครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เกิดภาวะการขาดแคลนผู้ดูแล

6. ปัญหาด้านการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ๆ ในแต่ละวัน และเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

#### กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลทำหน้าที่หลายประการในการดูแล ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดิน การรับประทานอาหาร ช่วยการฟื้นฟูสภาพในเรื่อง การใช้ห้องน้ำ การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คอยให้การดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการดูแลเรื่องความปลอดภัย (Kane & Kane, 2000, p. 321 ; Subgranon & Lund, 2000, pp. 170-171)

กิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย รวมถึงลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539, หน้า 52-66)

1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำได้เองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยสรุปได้ ดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก ในบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น ชามก้นลึก แก้วน้ำที่มีหลอดดูด รวมทั้งอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการรับประทานเอง เช่น อาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป อาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก สำหรับในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำทางสายยางให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำ และทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นจะต้องเช็ดตัว ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลัง และไม่ควรเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถึงแม้จะใช้เวลานาน นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ

1.3 การแต่งกาย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสม สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก

1.4 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง

1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้กำลังใจชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่าง และอุณหภูมิของห้องให้พอเหมาะ ไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย เพราะโดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักนอนไม่ค่อยหลับอยู่แล้ว นอกจากนี้อาจใช้วิธีอื่นที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยด้วย เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบา ๆ การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน การใช้สมาธิ หรือ การใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจ ผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งต้องป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุมีดังนี้

2.1 การป้องกันโรคผิวหนัง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดโรคผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย โดยเฉพาะแผลกดทับ

2.2 การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากการกลืนอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ปวยนั่งรับประทานอาหาร และคอยดูแลให้ผู้ปวยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสำลัก และจัดเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอให้กับผู้ป่วย

2.3 การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อศอกแข็ง มักเกิดกับร่างกายที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ปวยบริหารข้อต่อต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมือ ข้อศอก แขนและขาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการป้องกันอาการปวดไหล่ ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะขึ้นหรือเดิน และหากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มาก ควรประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่

2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นให้ผู้ปวยขึ้นและเดิน โดยหิ้วน้ำหนักตัวลงบนแขน และขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน

2.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ปวยขับปัสสาวะให้เป็นเวลา ในรายที่ปัสสาวะไม่ออกผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มน้ำวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร

2.6 การป้องกันปลายมือ ปลายเท้าบวม จะพบบ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือหรือปลายเท้าของผู้ปวยให้สูงขึ้น นอกจากนี้จะต้องกระตุ้นให้ผู้ปวยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้ผู้ปวยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่ง เป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนโลหิตกลับสู่หัวใจ

2.7 การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ปวยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ด้าน โดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อย ๆ

2.8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ปวยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น ควรรับประทาน

อาหารประเภทไขมัน รวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2.9 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและการกระชาระทางผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็อันตราย เช่น ของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดทำราวให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม

3. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับประคองด้านจิตใจ เนื่องมาจากความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจนี้ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยให้การดูแลปรับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2 การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ควรค้นหาสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ

3.3 การป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วย จากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น

ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความเครียดเป็นผลกระทบทางด้านลบที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

## แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

ความหมายของความเครียด นักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของความเครียดแตกต่างกันไป ดังนี้

ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1986, p. 21) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินตัดสินว่า ความสัมพันธ์หรือเหตุการณ์นั้น จะมีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุก (well being) ของตน และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง และการประเมินตัดสินความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยกระบวนการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal)

เซลเย (Selye, 1976, p. 31) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ถูกถาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เต็มไปด้วยอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาการตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

โรเจอร์ (Roger, 1951, pp. 531-532) มองว่าความเครียด หมายถึง ภาวะของจิตที่บุคคลรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม แล้วทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ระส่ำระสาย สับสน และไม่แน่ใจในทิศทางพฤติกรรมของตน อันเป็นผลมาจากที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้าง “คน” ซึ่งหมายถึงการรับรู้ว่าคุณเป็นอย่างไร กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง ทำให้เกิดกระบวนการทางจิต ที่จะตั้งเอากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ โดยมีลักษณะที่บิดเบือนการรับรู้ที่ไม่ยืดหยุ่น ผิดพลาด เกิดความวิตกกังวล เกิดการไม่ยอมรับในพฤติกรรมบางส่วนของตน ซึ่งจะเป็นผลให้รู้สึกถูกคุกคามมากขึ้น

จากแนวคิดและทัศนะในการมองความหมายของความเครียดของนักวิชาการดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่าความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

### ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวโดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ถือว่าเป็นภาระกิจที่หนักของญาติผู้ดูแล เนื่องจากต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า วิตกกังวล ความอดทนน้อยลง มีอารมณ์รุนแรงมากขึ้น จัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย ซึ่งสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น พอสรุปได้ ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537, หน้า 14-16 ; Subgranon & Lund, 2000, pp. 170-171)

1. ความไม่แน่ใจกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย การให้การดูแลผู้อื่นนั้น ญาติผู้ดูแลควรมีความเต็มใจ และเข้าใจสื่อต่าง ๆ ที่ตนควรกระทำ ญาติผู้ดูแลมักไม่แน่ใจหรือไม่มีความรู้สึกซึ่งที่จะบอกได้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรให้ผู้ป่วย สิ่งไหนทำไปแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่ใจนี้เป็นสาเหตุของความเครียดของญาติผู้ดูแล ทำให้มีความคับข้องใจไม่รู้ว่าตนควรปฏิบัติอย่างไรดี จะให้การดูแลทุกอย่างหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองดี หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้อย่างถูกต้อง และเพียงพอแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งยากลำบากในการปฏิบัติ

2. การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาดูแลในบ้านนั้น จะเป็นที่ต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันบางอย่างของครอบครัวให้เหมาะสม ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการแบ่งเวลา จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ได้รับความสนใจน้อยลง อาจต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การแบ่งห้องพักให้ผู้ป่วยเฉพาะ จำกัดการส่งเสียงดังที่รบกวนผู้ป่วยในครอบครัว เป็นต้น

3. ปริมาณงานที่มากเกินไป เกิดจากความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ กล่าวคือผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลทั้งบุตร สามี และบิดามารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภารกิจมาตลอดทั้งวัน ต้องพยายามสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน จนทำให้เกิดความเครียดได้

4. สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด มี 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนี้

4.1 พฤติกรรมด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ การกลืนยาลำบาก การพูดลำบาก สำลัก อาการปวด ชัก ความรู้สึกอ่อนแรง ท้องผูก ท้องร่วง ความต้องการทางเพศสูง

4.2 พฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมแบบเด็ก ๆ และสับสน ร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา

5. สุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ที่ดูแลผู้อื่นได้ควรเป็นควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี แต่พบว่าในบางกรณีผู้ดูแลเองก็สุขภาพไม่ดี แต่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเองก็เป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียด

6. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าจัดเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เกิดภาวะเครียดได้ ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีเงินออม เพื่อใช้ในเวลาเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว

#### การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล

วิธีการจัดการกับความเครียดมีหลากหลายวิธี การที่จะสามารถจัดการกับความเครียดได้นั้น ต้องหาวิธีการแก้ไขที่สาเหตุ การลดความเครียดของผู้ดูแลนั้นจึงต้องหาวิธีการแก้ไขที่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล มีวิธีการ ดังนี้ (Fact sheet : Cargiver's Handbook – Part 3 of 9, 2001)

1. หาบุคคลอื่นช่วยเหลือ รับรู้ถึงความรู้สึก ขอมรับและรับรู้อารมณ์ โกรธ กับข้องใจ เศร้า แก้ไขปัญหาอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน ผู้รู้
2. ค้นหาความช่วยเหลือจากสถานที่ต่างๆ เช่น ห้องสมุด หนังสือ บทความ เอกสาร ประชาสัมพันธ์ วิดีโอ สถานพยาบาล โรงพยาบาล ศูนย์การช่วยเหลือต่างๆ
3. เข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแล การเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกที่มีประสบการณ์เดียวกัน จะได้รับความรู้ใหม่ๆ มีการสนับสนุนทางอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกแยกตัว ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เกิดการแก้ไขปัญหาดตามความเป็นจริง และยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง
4. กำหนดเป้าหมายในสิ่งที่เป็นไปได้ แยกเหตุการณ์ว่าสถานการณ์ใดทำได้หรือไม่ได้ หาบุคคลช่วยเหลือ อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน แยกงานให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ในกิจกรรมที่บุคคลนั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ เช่น การเตรียมอาหาร การเดินทางไปทำธุระให้ การพาผู้ป่วยออกนอกสถานที่ การรับเด็กกลับจากโรงเรียน
5. การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน ระบายความรู้สึกกับสมาชิกในบ้าน หรือเพื่อนที่เข้าใจการช่วยเหลือ จะทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถดูแลได้อย่างมีความรับผิดชอบ สมาชิกและเพื่อนอาจช่วยเหลือคุณในบางเวลาเกี่ยวกับเรื่องการดูแล หากมีข้อตำหนิให้รับฟังอย่างสุภาพ ระลึกว่าเป็นสิ่งที่ดีที่จะปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงการดูแล ซึ่งเกิดจากบุคคลนั้นไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการดูแล กำหนดตารางที่จะช่วยเหลือ และถ้าตัวเราและผู้ป่วยมีความสุขกับการดูแลให้กระทำต่อไป
6. ใช้แหล่งการสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน หาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน และใช้บริการ ได้แก่ การทำอาหาร การทำความสะอาด การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น
7. ใช้บริการสถานดูแลชั่วคราว ให้ผู้อื่นดูแลแทนชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน สถานบริการดังกล่าว เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

8. การคงสภาพการดูแลสุขภาพทางกาย ถ้าสุขภาพร่างกายดีจะส่งผลทำให้สามารถปรับตัวต่อการดูแลได้ดี มีวิธีการ ดังนี้

8.1 การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อทุกวัน รับประทานอาหารที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกาย เพียงพอเหมาะสม และมีความสุข ระวังเรื่องเครื่องคั้นแอลกอฮอล์

8.2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วิธีการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ปรีกษาแพทย์ก่อน เพื่อจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม

8.3 การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งจะทำได้ทำให้สามารถจัดการกับการแก้ปัญหา กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี เป็นการพักผ่อนที่จะช่วยลดแรงกดดันต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ เยี่ยมเพื่อน ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

8.4 การนอนหลับให้เพียงพอในแต่ละวัน กรณีที่นอนไม่เพียงพอจากการดูแลผู้ป่วย ให้จัดหาคนมาช่วยเหลือในตอนเย็น และนอนพัก จัดหาวิธีช่วยผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ โดยปรึกษาแพทย์ กรณีที่ไม่สามารถหลับได้เพราะเกิดความตึงเครียดจากการดูแล ให้นอนพักสายตา หายใจลึก ๆ ยาว ๆ สามารถช่วยได้ แต่ถ้าไม่หลับยาวนาน ต้องใช้ยาช่วย

9. การฝึกการผ่อนคลาย วิธีการฝึก กระทำได้ ดังนี้

9.1 ทำเตรียมเข้าสู่การผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ อยู่ในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้ ให้เป็นท่าสบาย จัดเสื้อผ้า และเข็มขัดให้หลวม ปิดตา ขยับนิ้วมือ ข้อมือ นิ้วเท้า ข้อเท้า หันตะแคง หน้าด้านซ้าย ด้านขวา ทำซ้ำ ๆ

9.2 เข้าสู่จินตนาการ ทำนี้ยังหลับตา นึกถึงสิ่งที่ต้องการจะให้เกิดขึ้นในชีวิต นึกถึงสถานที่เคยไป หรือสถานที่จินตนาการ เช่น ทะเล ภูเขาที่มีหิมะ จินตนาการถึงความรู้สึกที่สัมผัสได้ ทั้งกลิ่น เสียง และความรู้สึกที่สัมผัสได้ หายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ

9.3 วิธีการผ่อนคลายนี้สามารถกระทำได้ทุกวัน สิ่งที่จะช่วยจินตนาการได้ คือ หนังสือ เทปเสียง หรือวิดีโอเทป ซึ่งสามารถช่วยจัดการความเครียดได้

10. การใช้เสียงหัวเราะ การผ่อนคลายความเครียดโดยการใช้เสียงหัวเราะ เป็นการยก ระดับอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทางบวกให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย หลักวิธีการใช้เสียงหัวเราะ มีรายละเอียด ดังนี้

10.1 พยายามทำให้เกิดอารมณ์รื่นเริงกับการดูแลผู้ป่วย

10.2 เขียนบัตรคำ “วันนี้คุณหัวเราะกับผู้ป่วย หรือยัง” ติดไว้ที่ห้องน้ำ ห้องครัว

10.3 อ่านหนังสือที่ทำให้เกิดอารมณ์ขัน ฟังเทปตลก ดูโทรทัศน์ หรือวิดีโอเทป ที่เป็นรายการรื่นเริง ทำให้หัวเราะ

10.4 สร้างอารมณ์สนุก รื่นเริงกับเพื่อน หรือผู้ดูแลคนอื่น

11. ระมัดระวังพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การแก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่

12. สร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยการคงรักษากิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคม ทำสิ่งที่รู้สึกสนุก เช่น ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง เดินเล่นกับเพื่อน เล่นเกมส่โดยการจ้ดวงตารางการทำงาน และการพักผ่อน เพื่อให้รางวัลแก่ชีวิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย

### ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแม้มีสาเหตุเดียวกัน แต่อาจจะมี ความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น นอกเหนือจากนี้ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของสิ่งที่มากระตุ้น เฟรน และวาเลีย (Frain & Valiga, 1981, pp. 68-91 อ้างถึงใน ปองลดา พรหมจันทร์, 2542, หน้า 23) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (day to day stress) เป็นความเครียดที่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้ด้วย ความเคยชิน

2. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว และมีปฏิกิริยาต่อต้าน แต่เป็นในช่วงเวลาไม่นาน

3. ความเครียดปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานหรือคงที่ ซึ่งไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็ว เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียดทั้งทางกริยาและคำพูด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

4. ความเครียดระดับสูง (severse stress) เป็นผลจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้น ซึ่งทำให้บุคคลอาจเข้าสู่ระยะหมดกำลังหรือความเบื่อหน่ายได้ในที่สุด

### การประเมินความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทาง คือ ด้านความนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระ ดังนั้น เราจึงสามารถประเมินความเครียดโดยการวัดจากปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ ซึ่งพอจะสรุปได้ 4 วิธี ดังนี้ (Lazarus, 1966, pp. 319-390 อ้างถึงใน ศรีรัตน สุภพิทยากุล, 2534, หน้า 20-22)

1. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (projective technique) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น

แบบทดสอบรอร์สชาค (roorschach) แบบทดสอบทีเอที (thematic apperception test : TAT) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ

2. การใช้การสังเกต (observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น การถอนหายใจบ่อยๆ สีหน้า แววตา น้ำเสียง หรือ ท่า นั่ง เป็นต้น

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (physiological change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

4. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม (questionnaire) แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งในด้านความเที่ยง และความตรง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ของ ซาริท (Zarit, 1990) ซึ่งได้สร้างแบบวัดนี้โดยดัดแปลงและพัฒนามาจาก แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (burden interview) จากเดิม 29 ข้อ (Zarit, Reeve, & Bach, 1980) และดัดแปลงแก้ไขให้เหลือ 22 ข้อ (Zarit & Zarit, 1987) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการประเมินถึงความรู้สึกในขณะที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ของการดูแล เกี่ยวกับปัญหาซึ่งเป็นผลจากการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล มีการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 29 คน ได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .88 แบบวัดความเครียดนี้มีค่า คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีตั้งแต่ “ไม่เคย” คะแนน เป็น 0 คะแนน จนถึง “เกือบสม่ำเสมอ” คะแนน เป็น 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 88 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้ (Zarit, 1990)

ช่วงคะแนน 0-20 หมายถึง ไม่มีภาวะเครียด

ช่วงคะแนน 21-40 หมายถึง ความเครียดระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 41-60 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 61-88 หมายถึง ความเครียดระดับรุนแรง

แบบวัดความเครียดนี้เหมาะสมมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ เนื่องจากได้พัฒนามาจากแบบวัดภาระของผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น และใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่ายในการที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะเครียดตามมา เป็นเหตุให้ศักยภาพในการ

ดูแลผู้ป่วยลดลง ผลสุดท้ายก็คือ การดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยล้มเหลว ทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลง ดังนั้นจึงต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง

## แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

### ความหมาย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) มาจากภาษาลาตินว่า “potere” (to be able) หรือ “เราทำได้” (Gibson, 1991, p. 354)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายและเสนอแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้หลายท่าน ดังนี้

กิบสัน (Gibson, 1991, p. 354) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary of the American Language) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการให้อำนาจ และอีกความหมายหนึ่งคือเป็นผลลัพธ์ของการให้อำนาจ โดยการแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการควบคุมจัดการ การเข้าไปถึงอิทธิพล และการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guralnik, 1970 อ้างถึงใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2540, หน้า 4)

รวมพร คงกำเนิด (2543, หน้า 119) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอนเพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่าง ๆ และประสบการณ์ตรง ในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2541, หน้า 17) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพัน และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเองและหน่วยงาน เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อ

ตนเองต่อหน่วยงาน เพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการยอมรับสนับสนุน ส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ฮิวส์ (Hawks, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2539, หน้า 1-2) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คนหรือมากกว่า โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างอำนาจ (empowers) อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างอำนาจ (empowered) โดยต่างฝ่ายจะต้องร่วมกันเตรียมแหล่งความรู้ทรัพยากรต่าง ๆ (resources) วิธีการ (tool) และสภาพแวดล้อม (environment) รวมทั้งศึกษาภูมิหลัง (background) ของแต่ละฝ่าย เพื่อฝ่ายเสริมสร้างอำนาจจะได้นำมาพัฒนา เสริมสร้างและเพิ่มพูนความสามารถ และประสิทธิผลในการปฏิบัติงานให้กับฝ่ายผู้รับการเสริมสร้างอำนาจ และฝ่ายรับการเสริมสร้างอำนาจ จะได้มีความพร้อมที่จะรับการเสริมสร้างอำนาจ

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คนโดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ อีกฝ่ายเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งต่างฝ่ายจะต้องร่วมกันเตรียมแหล่งความรู้ ทรัพยากรต่าง ๆ วิธีการ และสภาพแวดล้อม รวมทั้งศึกษาภูมิหลังของแต่ละฝ่าย ทำให้บุคคลนั้นมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถควบคุมตนเองได้ ผลลัพธ์ที่ตามมาก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

#### กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1995, pp. 1201-1210) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 รายที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ทำการศึกษาทั้งหมด 12 เดือน สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเป้าหมายในชีวิต (determination) โดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่

มีประสิทธิภาพ จนทำให้เกิดความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมา คือ ความรู้สึกสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) นั้น ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเป้าหมายในชีวิต (determination) โดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือและพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าวและการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน (intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factor)

#### 1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1.1 ค่านิยม (values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.2 ความเชื่อ (beliefs) ซึ่งความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

1.3 เป้าหมายในชีวิต (determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกขั้นตอน

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อการบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) จากหลาย ๆ แหล่งด้วยกัน ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

#### ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Gibson, 1991) ซึ่งจากการศึกษาของ กิบสัน (Gibson, 1993) ได้แบ่ง ระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะ ดังนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behaviorally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัวโกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ได้ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจ ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นที่ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

การตอบสนองต่อพฤติกรรม (behavioral response) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ทำได้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า ถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้อาตมผู้ดูแลได้ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึก คับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและ พินิจพิจารณาถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลัง อำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่เราทำได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการตัดสินใจ

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธี

การขึ้นอยู่กับทางเลือกแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจเลือกที่ดีที่สุด ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
3. ได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้อื่นจะนำไปใช้ เพื่อนำ

ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมบุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การปกป้อง (advocating to) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นจึงกระทำ
2. การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ
3. การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) ไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการกระทำ
4. การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา การได้นำศิลปะและความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ จะทำให้นบุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (sense of power)
5. การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแล และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้นบุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาล และผู้ดูแลจะร่วมมือกันแก้ปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิด

ประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

#### ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) การรับรู้พลังอำนาจ (sense of power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดา ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (intrapersonal process) ที่นำมาซึ่งคุณลักษณะ 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา การแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
2. ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีและเป็นประโยชน์กับตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
3. การพัฒนาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น
4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า ความหมายของตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น

กิบสันเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านระดับสูงก็สามารถให้ การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพและความสำเร็จในงานได้ นั่นคือ คุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเป็นคุณลักษณะสำคัญนำไปสู่การพัฒนามนุษย์

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบจากรายงานการศึกษา ของ กิบสัน (Gibson, 1993) มีตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่รายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้ว จะถูก ปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) ต้องมีการรับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) และจะได้รับการสนับสนุนน้อยจากบุคลากรที่มสุขภาพ (less support) เพราะทุกคน ประเมินว่าเขาสามารถจัดการหรือกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้พลังอำนาจจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นเองตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) เป็นการประเมินผลการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสาเหตุสำคัญสอง ประการ คือ หลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ทำให้ การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลง โดยอาการและระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่เกิด พยาธิสภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา ผู้ป่วยไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ทำให้การ แลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสภาพการณ์ การดูแลว่าเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา เป็นภาระ รู้สึกเบื่อหน่าย เกิดภาวะเครียด เป็นเหตุให้ความ ผาสุกของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมุ่งการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแล จากการศึกษพบว่า ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในตนเอง ของผู้ดูแล ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้กับ ผู้ดูแลได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยวิธีการ การให้คำปรึกษา การสนับสนุน การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาตนเอง จากการเสริมสร้างความมั่นคง ความมั่นใจในการกระทำ การตัดสินใจ มีอำนาจในการควบคุมตนเอง รู้จักการพึ่งตนเองมากที่สุด และพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จากเหตุผลและรายงานการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับ ความเครียดของผู้ดูแลในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า อาจทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสุขและ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น