

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่ง ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระบบประสาทที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Hayes, 1991; Precipe et al., 1977) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย และ จิตสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าการเจ็บป่วยนั้นมีความพิการร่วมด้วยมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเดิม นอกจากเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยแล้ว ยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานทำให้สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจในการรับภาระในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (สุคศิริ หิรัญหะ, 2541)

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 150 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี (Freitas & Bogousslavsky, 2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ถึง 73,000 ราย (Gerber, 2003) สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอยู่ในอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ การได้รับสารพิษ และโรคหัวใจ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 26.6 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จากการศึกษาอัตราของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่ามีสูงถึง 690 คนต่อประชากร 100,000 คน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โรคหลอดเลือดสมองพบมากในวัยกลางคนขึ้นไปทั้งหญิงและชาย (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2544) รายงานสถิติปี 2544-2548 ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามาได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี จาก 1,187 คนในปี 2544 เป็น 2,573 คนในปี 2548 ซึ่งจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของการเสียชีวิต และอยู่ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2548)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคม ที่เสื่อมถอยลงตามวัย มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย ส่งผลกระทบให้กระบวนการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพ (Bonita, 1992; Phipps, 1991) จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชนบท ทัวประเทศไทยทั้ง 4 ภาค พบอัตราชุกร้อยละ 1.12 (1,120 คน ต่อประชากร 100,000 คน) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

โดยภาพรวมส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะด้วยสมรรถภาพ มีความพิการหลงเหลืออยู่ตั้งแต่ความพิการเล็กน้อยจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือ อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วย (Grant & Davis, 1996) อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคนี้คือ ร่างกายมีอัมพาตครึ่งซีก กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการทางระบบประสาทร่วม ด้วย เช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส มีความบกพร่องในการรับรู้รู้สึก มีความบกพร่อง ทางด้านความคิด ความจำ สติปัญญา การเคลื่อนไหว และการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย เช่น ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Periaed & Ames, 1993) อาการจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง (Grant & Davis, 1996)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสติปัญญา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคล ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีการดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การสังเกตติดตามช่วยเหลือในระยะยาว ทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (DeMeneses & Perry, 1993; Pierce et al., 1995) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมี ผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ การประทับประคอง จิตใจ โดยผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง

สมาชิกในครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Ragsdal et al., 1993) ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care Service) เกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Leske, 2002) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Bakas et al., 2002) การประเมินความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือ ตามความเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ (Folden, 1993) เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัว ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอิสระตามขอบเขตความสามารถ ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นับว่าเป็นงานที่หนัก การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ มีการ เปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Periad & Ames, 1993) เกิดความเครียด ซึมเศร้า อ่อนล้า และสุขภาพทรุดโทรม (Teel & Press, 1999) ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ดูแลนั้นจะมีผลสะท้อน ต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าการดูแล ผู้ป่วยทำให้เครียดหรือถูกคุกคามการดำเนินชีวิต แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย ต่อไป เนื่องจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536) ความเข้าใจ ความห่วงใย

และสัมพันธภาพที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลพยายามแสวงหาความรู้ และพัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความสามารถของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าผู้ให้การดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าปัจจุบันมีหลายโรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังพบว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวยังปฏิบัติได้ไม่ทั่วถึง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากพยาบาลมีการการดูแลผู้ป่วยมาก จึงไม่สามารถปฏิบัติตามแนวกล่าวได้ นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจากแพทย์และรับยากลับบ้านเท่านั้น ยังไม่มีโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย จึงมักพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ปอดบวม การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และมีผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บป่วยมากจนถึงขั้นเสียชีวิต

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลักษณะต่าง ๆ เช่น ความเหนื่อยหน่าย การการดูแลของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540; จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536; เสาวลักษณ์ เนตรขัง, 2545) และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น โดยศึกษาปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้เรื่องโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม (ดารากร แซ่ไคว้, 2535; จิราภรณ์ อมราภิบาล, 2535; นัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2535; มารยาท วงษาบุตร, 2539) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการทดสอบทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991) ในส่วนที่กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ มีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำกัด ซึ่งโอเร็มอธิบายไว้ในทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (The Theory of Dependent-Care) และปัจจัยพื้นฐานบางประการเหล่านี้ จะมีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลหรือไม่ ยังไม่มีการทดสอบ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ สัมพันธภาพ

ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล

เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความพึงพอใจในการดูแล การมีกำลังใจและความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ระยะเวลาในการดูแลเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล การดูแลในระยะเวลาอันยาวนานจะส่งผลให้เพิ่มพูนความสามารถในการดูแล ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ (ศศิธร ช่วงสุวรรณ, 2548) ในทางตรงกันข้ามระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแล ซึ่งส่งผลถึงคุณภาพการดูแลลดลงด้วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแล (สุดศิริ หิรัญขุนทด, 2541) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการมองปัญหาอย่างเข้าใจ และมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ ฉะนั้นหากผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังเป็นการทดสอบทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (The Theory of Dependent-Care) ของโอเร็มอีกด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (Theory of Dependent Care) ซึ่งเป็นทฤษฎีย่อยในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Theory of Self-Care)

โอเร็ม (Orem, 2001) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงจุดสูงสุดของ

แต่ละบุคคล การดูแลตนเองมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งโอเร็มเรียกว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care Agency) เป็นความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้พึ่งพา (Dependents' Therapeutic Self-Care Demand) เปรียบเทียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (Taylor, 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agency)

เกสท์ และคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ได้เสนอ โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถนำมาอธิบายความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมององค์ประกอบภายในของความสามารถประกอบด้วย 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) ของผู้ดูแลเป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเวลา การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถจัดการกับบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ

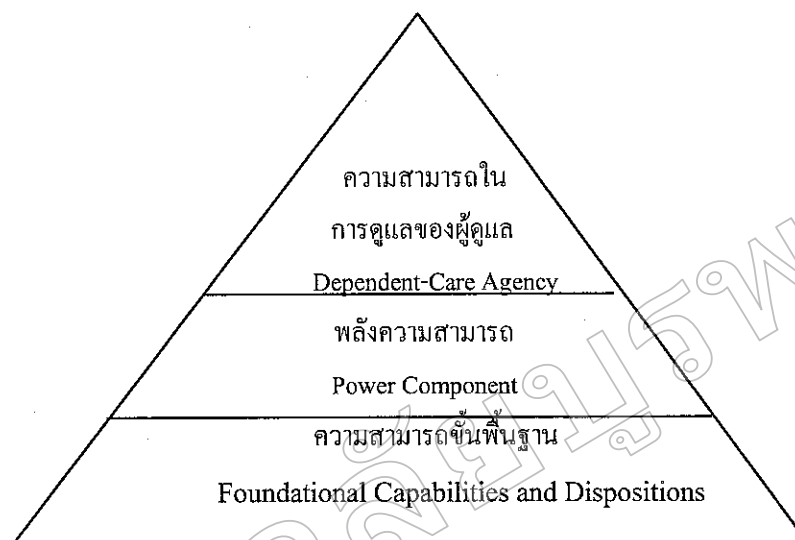
ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Ten Power Component of Dependent Care) เป็นความสามารถที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ความเอาใจใส่บุคคลที่ต้องพึ่งพา 2) ความสามารถควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอกับการริเริ่ม และปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการเคลื่อนไหวที่จำเป็น เพื่อการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างสมบูรณ์ และต่อเนื่อง 4) ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และสามารถปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ 7) สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากบุคคลที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจำ และนำความรู้ไปปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการของความคิด สติปัญญา การรับรู้ การกระทำ คิดต่อ และสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 9) สามารถจัดระบบการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และ 10) สามารถสอดแทรกการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for Dependent Care Operations) ประกอบด้วย

1. การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม (Estimative Operation) เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ และพัฒนาความสามารถที่จำเป็น สำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลต้องทราบความหมาย และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
2. ปรับเปลี่ยน (Transitional Operation) เป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจเลือกกว่าควรปฏิบัติกิจกรรมใด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งการตัดสินใจกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป หรือเลิกกระทำ

ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไปคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1995) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถขั้นพื้นฐานและมีพลังความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นทั้งหมด ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแทนผู้ป่วย การที่จะพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการของผู้ดูแล ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลนั้นมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

นอกจากนี้ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ยังมีปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก

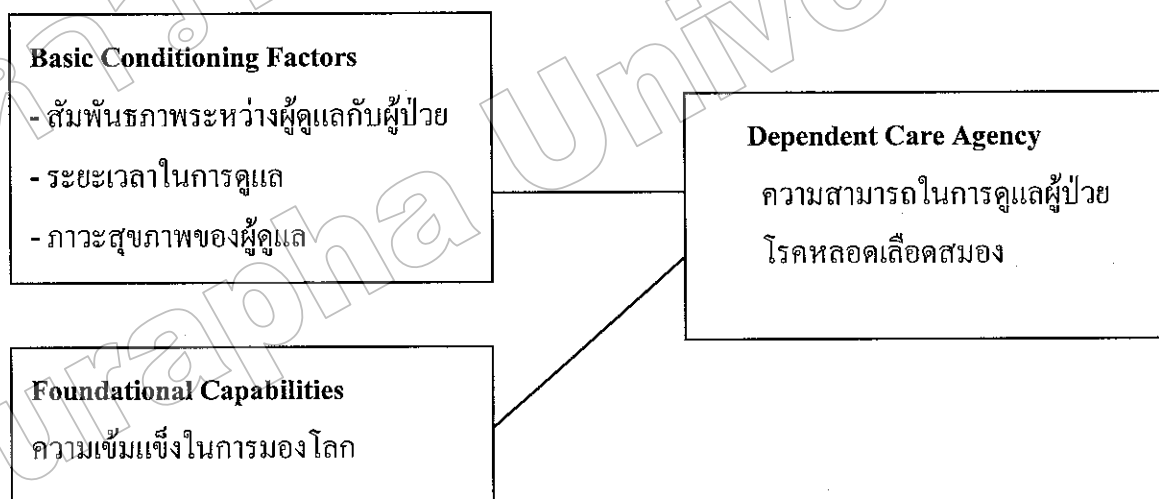
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จัดอยู่ในระบบครอบครัวในปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งระบบครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic Self-Care Demand) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์พื้นฐานที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลและระบบพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านการต้องการการดูแลทั้งหมด และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความผูกพันรักใคร่ของครอบครัว ซึ่งจัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล มีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแล มีความผูกพัน และถือเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี ส่งเสริมให้มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแล (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) ซึ่งจะส่งผลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น

ระยะเวลาในการดูแล จัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความสามารถในการดูแลบุคคลผู้ต้องการการดูแลจะเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1995) ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแล เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่ในขณะเดียวกัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานอาจจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล (Riffle, 1989) หรือก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลได้เช่นกัน

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสภาวะร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดในเรื่องของความสามารถของผู้ดูแล ที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (ฟารีดา อิบราฮิม, 2539) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ จะเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขในการดูแลผู้ป่วย และขาดการเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก (Dring, 1989; O' Brien, 1993)

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยที่เป็นส่วนหนึ่งในความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในส่วนของการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาได้ เช่นเดียวกับการดูแลบุคคลที่พึ่งพา หากผู้ดูแลมีความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ก็จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการคาดการณ์ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) และพลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Component) เป็นฐานในการลงมือปฏิบัติ ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นส่วนหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาได้ ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพ นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มคุณภาพในการดูแลมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้พึ่งพาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ได้รับการติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ก็ได้ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะอยู่บ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านกับผู้ป่วยก็ได้ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง และต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderate Severe Dependence) ถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Living Index: BAI) ของ คอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543)

ความสามารถของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนให้กำลังใจ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ นิภาภัทร ภักธพงศ์บัณฑิต (2548) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลของ จินะรัตน์ ศรีภักธิญาญ (2540)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยประกอบด้วย การแสดงความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ ประเมินโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยของ เพ็ญใจ ศิริไพรวงศ์ (2540) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ วอลเกอร์ และทอมป์สัน (Walker & Thomson, 1983)

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นเดือน ที่ผู้ดูแลหลักเริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินได้จากแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SF-36 Health Survey) ของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (2545) โดยปรับมาจาก Ware and Sherbourn (1992)

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยความเข้าใจ เห็นคุณค่าของการแก้ไขปัญหา และมั่นใจว่าจะสามารถบริหารจัดการได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของ แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ และพรธรรมาวี พุทธิวัฒนะ (2532)