

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย
3. ผู้ดูแล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ความสามารถของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับเลือดและออกซิเจนลดลง อาจเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้ (Gillen & Burkhardt, 1998)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลมาจากการรบกวนการทำงานของสมองเฉพาะบางพื้นที่ หรือทั้งหมด กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง (World Health Organization [WHO] อ้างถึงใน นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive Stroke or Ischemic Stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือการอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)

2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เป็นการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง มีผลทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage)

จากสาเหตุดังกล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองตามมา ซึ่งอาการ และความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่ง

ของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง และเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Black & Matassarin-Jacobs, 1993)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน (Freitas & Bogousslavsky, 2001) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (Broderick et al., 1999)
2. โรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)
3. ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมอง เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Stroke Association, 2003)
4. โรคหัวใจ เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation) หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่ดีทำให้มีเลือดคั่งและเกิดลิ่มเลือดจากหัวใจ (Cardiogenic Emboli) ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นมีโอกาสที่จะหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (American Stroke Association, 2003)
5. โรคเลือด เช่น มีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Coagulating Factors) ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดได้ง่าย หรือมีความผิดปกติของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือดซึ่งพบในโรคต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดเข้มข้น (Polycythemia) ภาวะเลือดหนืด (Hyperviscosity Syndrome) เป็นต้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)
6. การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์ทำให้หัวใจกับหลอดเลือดหดตัว มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลันทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ นอกจากนี้ นิโคตินมีผลให้มีการเพิ่มระดับไฟบริโนเจน (Fibrinogen) และการเกาะของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง (Freitas & Bogousslavsky, 2001)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ แอลกอฮอล์ เป็นต้น (American Stroke Association, 2003)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก หรือบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย โดยอาการจะเกิดตรงข้ามกับข้างที่มีพยาธิสภาพที่สมอง (Black & Matassarin-Jacobs, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ นอกจากนี้แขนขาของผู้ป่วยอาจมีอาการเกร็ง หรือเหยียดลำบาก ทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ความผิดปกติจากการเคลื่อนไหวอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น การยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ ข้อสะโพกหลุด กล้ามเนื้อหดสั้นเป็นต้น (สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์, 2543)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด และภาษา เช่น พูดไม่ชัด (Dysarthria) ซึ่งเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดาน ทำให้อวัยวะภายในช่องปากทำงานไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดออกมาจึงพูดตะกุกตะกัก ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรืออ่านหนังสือไม่ได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (Visual Aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (Alexia) ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's Area) ถูกทำลาย ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจภาษาพูด และสัญลักษณ์ต่าง ๆ แต่ไม่สามารถพูดได้ บางครั้งออกเสียงมาไม่เป็นภาษา ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณโบรคา (Broca's Area) ถูกทำลาย จากความผิดปกติทางด้านการสื่อสารดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร คือ ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความคิดของตน หรือไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมาให้ (นุกูล ตะขุนพงศ์ และคณะ, 2537) ปัญหาที่จะตามมาในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารคือ ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ มีปัญหาด้านจิตใจ มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โมโหง่าย บางรายเกิดอาการซึมเศร้า (Parikh et al., 1990)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว และกลืนอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นผิดปกติ ริมฝีปากปิดไม่สนิท กล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก และคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารลงสู่หลอดอาหารได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก (Jacobson et al., 2000; Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) ซึ่งพบได้ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และนำไปสู่การสำลักได้ถึงร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Daniels et al., 2000) นอกจากนี้ผลที่ตามมาก็คือ เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนพาริเอทัล (Parietal Lobe) ความผิดปกติที่พบได้แก่

1.4.1 การสูญเสียความรู้สึกรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น ไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสได้ ละเลยการเคลื่อนไหวแขนขาที่อ่อนแรง เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากเสียการทรงตัว

1.4.2 การรับรู้เวลา บุคคล และ สถานที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะรับรู้ผิดจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

1.4.3 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อย คือ การมองไม่เห็นภาพครึ่งซีกด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ทำให้ไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาตได้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมข้างที่เป็นอัมพาต ในผู้ป่วยบางรายที่มีความบกพร่องที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้เกิดการมองเห็นภาพซ้อน จากการที่กล้ามเนื้อตาทั้งสองข้างไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันตามปกติ ส่งผลให้เสียความสมดุลในการเดิน นั่ง หรือยืน จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.4.4 ความผิดปกติด้านสติปัญญา ผู้ป่วยมักสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ทั้งหมด (Hickey, 1986) จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

1.4.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้า หรือส่วนของคอร์เทกซ์ (Cerebral Cortex) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ผู้ป่วยบางรายปัสสาวะออกไม่หมด หรือปัสสาวะเองไม่ได้ ส่วนปัญหาที่ตามมาคือการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ จากการที่มีปัสสาวะค้างคั่งเป็นเวลานาน หรือการทำความสะอาดยังไม่ดีพอ ส่วนปัญหาเรื่องการถ่ายอุจจาระนั้น มักพบอาการท้องผูกจากการที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง การรับประทานอาหารที่น้อยลงกว่าปกติ รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Smith, 2002) ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถบอกได้ว่าต้องการจะถ่ายอุจจาระ (Lewis & Collier, 1987)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากสภาพของจิตใจผู้ป่วยที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว (Prestroke Psychological Profile) เกิดจากการตอบสนองทางจิตใจต่อความบกพร่องทางร่างกาย (Psychological Respond to Deficit) และเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง (Presence of Organic Behavior Change)

ผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบได้ร้อยละ 25-60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่แสดงให้เห็น คือ อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตัวเอง แยกตัวเอง ไม่ให้ความร่วมมือ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร แซนตัส และคณะ (Santus et al., 1990) พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัว และสังคม การศึกษาของ แอสโตรม และคณะ (Astrom et al., 1992) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดในระยะเวลา 3 เดือน แรกร้อยละ 31 และจะลดลงเหลือร้อยละ 16 ในระยะเวลา 12 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 19 ในระยะเวลา 2 ปี แต่จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 29 ในระยะเวลา 3 ปีหลังการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง นอกจากนี้ยังศึกษาถึงปัจจัยในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน คือ การที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าด้านซ้าย การพูดไม่ชัด และการอยู่คนเดียว ปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อป่วยเป็นเวลา 3 เดือน คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของการป่วยเป็นระยะเวลา 2-3 ปี

นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้อีกคือ ความกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวความพิการ กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้ง และกลัวเสียชีวิต (Goodstein, 1983) ความรู้สึกกังวล ความคับข้องใจ ความเครียด ในการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายถูกจำกัด (Hickey, 1986) และผลจากความพิการทางร่างกายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเอง สูญเสียความเชื่อมั่น และความมีคุณค่าในตนเอง (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

3. ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีการแยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Tilden & Weinert, 1987) เนื่องจากมีอุปสรรคต่อการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ จากการที่วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวกลายมาเป็นบุคคลผู้ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีปัญหาในการปรับตัว มีขีดจำกัดทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้า มักจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้อย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม จากปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ดังกล่าว มักทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแตกต่าง หรือด้อยกว่าผู้อื่น และไม่ยอมเข้าสังคม

โรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำด้วยตนเองได้

ผู้ดูแล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ได้อธิบายไว้ว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ทารก เด็ก ผู้ใหญ่ในบางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้อื่นเรียกว่า การดูแลผู้พึ่งพา (Dependent Care) ผู้ที่ให้การดูแลเรียกว่า ผู้ให้การดูแลผู้พึ่งพา (Dependent Care Agent)

ความหมายของผู้ดูแล

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Agent) โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแลอาจได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

เทรวิธส์ ทรัพพ์เจริญ (2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพและผู้ที่ถูกฝึกฝนมาเพื่อประกอบอาชีพ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บุตร พี่น้อง บิดา มารดา หรือบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) อธิบายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลอาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค มีความพิการ หรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง และสถานการณ์ให้ความช่วยเหลืออาจเกิดขึ้นในบ้าน แหล่งชุมชน หรือสถานพยาบาล

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแลซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล
2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้ตามข้อตกลง

การที่บุคคลจะเข้าไปเป็นผู้ดูแลนั้น มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (ซูชิน ชิวพลผล, 2541)

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด
2. สัมพันธภาพ บุคคลที่ให้การดูแลมักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับการดูแล จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยผู้รับการดูแล
3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับการดูแล หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย
4. การยอมรับของผู้รับการดูแล มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกจะรับการดูแลจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ตนพอใจ
5. การยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย หรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น การรับรู้ว่าการดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณ การมีความรักความผูกพัน

6. เวลา และความสะดวกของผู้ดูแล ที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ของผู้ดูแล

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ที่ได้รับการดูแล มักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร เพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือวัยกลางคน เนื่องจากการปลูกฝังค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรมที่หล่อหลอมให้เพศหญิงต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลมากกว่าเพศชาย (จอม สุวรรณโณ, 2541; ชูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541; Ragsdal et al., 1993; Walker et al., 1995) และความคาดหวังทางสังคมมักมองว่า เพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสมจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเนื่องจาก เพศหญิงมีลักษณะของพยาบาลประจำบ้าน คอยดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วย (จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2536; เพ็ญสลา เคนไชยวงศ์, 2539; Vanetizian & Corrigan, 1995) ในขณะที่เพศชายมักถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นันทพร ศรีนัม, 2545; พรชัย อุลเมตต์, 2540; เพ็ญใจ ดิเร ไพรวงศ์, 2540; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) ที่พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยกลางคนให้การดูแลบิดา มารดาที่เจ็บป่วย ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ และการตัดสินใจที่ดี (ทิพย์ภา เชมภูชาวลิต, 2541) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงอายุ โอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่า บุคคลจะมีความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น บุตรวัยผู้ใหญ่ หรือคู่สมรส ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ มักทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาหรือคู่สมรสที่เจ็บป่วย

การรับบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย เกิดขึ้นจากสัมพันธ์ภาพที่ตระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยมีข้อกำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบในการดูแล 2 ลักษณะ (ขวลี แยมวงษ์, 2538)

1. กลุ่มที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้อย่างแน่นอน พบในรายที่มีปัญหาเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และญาติเคยทำหน้าที่ให้การดูแลมาก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงมีความเต็มใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเต็มที่ เพราะรู้สึกว่าเป็นผู้รู้ใจ และรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

2. กลุ่มที่ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยไว้นั่นเอง พบในรายที่ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยมาก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เมื่อมีการรับรู้ถึงการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จึงต้องมีการกำหนดบุคคลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยด้วย หากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะส่งผลให้มีการจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เหลือคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลด้านอื่น ๆ ในทางกลับกันหากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลักระความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล สัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลยินดีที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ความสามารถของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย หรือมีข้อจำกัดในการคิด และตัดสินใจ ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล โดย นันทพร ศรีนิม (2545) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่ดีพอ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล ไม่ทราบว่ากิจกรรมใดควรปฏิบัติ และไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่กระทำไปแล้วจะเกิดผลเสียหายนต่อผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามความคิดของตนเอง ผู้ดูแลบางรายอธิบายเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีว่า ตนเองไม่ทราบ ไม่มีบุคลากรทางสุขภาพให้ข้อมูลในการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป 2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วยแทน ซึ่งความต้องการการดูแลทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับอากาศ น้ำและอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเผาผลาญ และสร้างพลังงานให้กับร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาเรื่องการหายใจ การมีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน อาจได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้อง

1.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันการสูดสำลักเสมหะ หรือน้ำลายลงปอด ถอดฟิ้นปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุดทางเดินหายใจ เฝ้าระวังสังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ ดูแลให้มีการบริหารการหายใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยขจัดเสมหะ และป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยโดยการจัดท่าเพื่อระบายเสมหะ เคาะปอด ดูปน้ำลายหรือเสมหะออก รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น (Scherer, 1991)

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด โดยจัดอุปกรณ์ให้สะดวกแก่การดื่มน้ำ วางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบดื่มได้สะดวก หรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งสังเกต บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

1.3 ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ มีสารอาหารครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อยวันละ 2,000 กิโลแคลอรี เลือกชนิดของอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย คำนึงถึงรสชาติอาหาร และความชอบของผู้ป่วย จัดเตรียมอาหารวางไว้ให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้สะดวก รวมถึงดูแลความสะอาดปาก ฟันทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ในรายที่มีปัญหาการกลืน จะเกิดปัญหาการไอ การขย้อน สำลัก (Lugger, 1994) จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหาร หรือกลืนอาหารได้ ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร โดยจัดเตรียมอาหารผสม หรืออาหารเหลวที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-1.2 แคลอรีต่อมิลลิลิตร เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์อย่างสม่ำเสมอ (Wojner, 1996)

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดปัญหาการขับถ่าย เช่น กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ หรือปัสสาวะ อุจจาระไม่ออก หรือเกิดอาการท้องผูก จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือด

สมอง ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่าย ในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลืนปัสสาวะไม่ได้ หรือมีปัสสาวะเล็ด ควรใช้ผ้าอ้อมรองซับ และเริ่มฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ผู้ดูแลต้องดูแลให้สายต่อปัสสาวะให้เป็นระบบปิดที่ปลอดภัย ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งท่อทางเดินปัสสาวะ หรือเลื่อนเข้าออก และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกต บันทึกลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ รวมทั้งต้องดูแลให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยอยู่เสมอ (ประพิศ จันทร์พฤษา, 2543) ส่วนการดูแลเรื่องการถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลต้องประเมินอาการท้องผูกของผู้ป่วย กระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยดูแลให้ผู้ป่วนั่งกระโถน หรือนั่งเก้าอี้ถ่ายอุจจาระหลังจากรับประทานอาหาร 30-60 นาที จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายจะสะดวกขึ้น (กนกวรรณ พุ่มทองดี, 2544) ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอรวมถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยการขับถ่าย รวมทั้งการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียง หรือข้างเตียง โดยใช้หมอนหนุน เก้าอี้สำหรับถ่าย หรือการมีผู้ช่วยคอยช่วยเหลือให้ขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลต่อการทำกิจกรรม และการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากภาวะอ่อนแรงของแขนขาจากพยาธิสภาพของโรค เช่น แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อต่อต่าง ๆ ฝึกความคงทนของกล้ามเนื้อเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้น หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ หรือข้อติดแข็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วนมีการเคลื่อนไหว แขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยคมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกนั่งจากท่านอน และเดินโดยช่วยพยุง หรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องดาม ไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความเจ็บปวด เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดบริเวณมือ หัวไหล่ ปวดศีรษะ หรืออาจเกิดจากภาวะทางจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งอาการเหล่านี้จะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้านอน ตื่นนอนเป็นเวลาและช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมช่วงกลางวัน

เพื่อให้สามารถนอนหลับได้นานในเวลากลางคืน และหาสาเหตุของการนอนไม่หลับเพื่อการแก้ไขต่อไป (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเพิ่มกิจกรรมการนวดหลังให้ผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการนวดหลังเป็นการช่วยให้ร่างกายมีการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อหย่อนตัว และคลายความตึงเครียด (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544) ช่วยให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนได้เพิ่มมากขึ้น

4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น ไม่เข้าใจคำพูด หรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยปรับวิธีการติดต่อสื่อสาร และส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกตามความเหมาะสม (วินิตา ชูช่วย, 2547)

5. ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมเนื่องจาก ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองเรื่องการเคลื่อนไหว ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามที่จะเคลื่อนไหวตนเองโดยการนั่ง ยืน หรือเดิน ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ ดังนั้นผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุ และอันตรายที่พบบ่อยคือ การหกล้ม เนื่องจาก มีความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก หรือเป็นผลจากยาบางชนิด ทำให้การทรงตัวผิดปกติทั้งในท่านั่งและยืน ไม่สามารถลงน้ำหนักเท้า กระเพาะปัสสาวะหรือมีอาการวิงเวียนเนื่องจาก ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือกระดูกหัก นอกจากนี้ อาจได้รับอุบัติเหตุจากความร้อน หรือ ความเย็น เนื่องจากประสาทรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ผู้ดูแลต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย คอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย หรือเปลี่ยนท่า เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสม และมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ ติดตั้งราวสำหรับยึดเกาะ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยต้องการพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งพาตนเองได้หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตสังคม โดยการป้องกันอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อน การคงสภาพไม่ให้เกิดอาการเลวลง และฟื้นฟูสภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย (Wojner, 1996) ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องกระทำ คือ

6.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามขีดความสามารถ นอกจากนี้ ผู้ดูแลต้องดูแลความสะอาดสุขวิทยาบุคคล โดยช่วยเหลืออาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลปาก ฟัน ผม หนังศีรษะ เล็บมือ เล็บเท้า ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติด้วยตนเองได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

6.2 ตรวจสอบผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การรับรู้ประสาทสัมผัสต่อผิวหนังลดลง ความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การระคายเคืองจากปัสสาวะ หรืออุจจาระ ภาวะทุพโภชนาการ (Braden & Bergstrom, 1987) วิธีป้องกันแผลกดทับ คือ การประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน หรือพลิกตะแคงตัว อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ใช้วัสดุที่นุ่มรองรับน้ำหนักบริเวณปุ่มกระดูกที่รับน้ำหนักมาก ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น ที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสี และต้องดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (Bergman-Evans et al., 1994)

6.3 เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก รongลงมาคือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ (Leahy, 1991) การป้องกันการติดเชื้อกระทำได้ โดยการป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ และดูแลเพื่อลดการค้างค้ำของเสมหะโดยการรู้วิธีกำจัดเสมหะที่ถูกต้อง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

6.4 จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความเป็นจริง อย่างถูกต้อง เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพ ไว้ข้างเตียงผู้ป่วย

6.5 กระตุ้นประสาทสัมผัสการได้ยิน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็ว การกระตุ้นการมองเห็น โดยจัดวางเครื่องใช้ต่าง ๆ หรือเข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่ตามองเห็น ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง โดยจัดทำให้เห็นแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต นอกจากนี้ควรกระตุ้นประสาทการรับรส และกลิ่น โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกรับประทานอาหารทางปาก

6.6 การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียด และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค และความพิการที่เหลืออยู่ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการติดต่อเข้าสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

7. ความต้องการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ดังนี้ (Orem, 1995)

7.1 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ และรับรู้ถึงผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่อาจกระทบต่อพัฒนาการของตัวเอง

7.2 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคเป็นมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลต้องรู้จักวิธีการฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

7.3 รับรู้ สนใจที่จะปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแล ติดตามผลการตรวจรักษา และให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา ดังนั้นผู้ดูแลควร

7.3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ละลายลิ่มเลือด หรือยับยั้งการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย ผู้ดูแลต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทานยา การเก็บรักษายา การออกฤทธิ์ของยา การสังเกต และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา

7.3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอรรถบำบัด หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

7.3.3 เรียนรู้ พัฒนาทักษะ ในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ตลอดจนแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในรูปแบบอื่น ๆ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ศึกษาผลของการรู้ใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นภาพรณ แก้วกรรม, 2533) ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จอม สุวรรณโณ, 2541) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (นันทพร ศรีนัม, 2545) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ซึ่งการศึกษาที่น่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

จอม สุวรรณ โณ (2541) ศึกษาถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้วิธีการดูแลจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง และจากพยาบาลรวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย และการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีเวลาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม และความเหมาะสมของผู้ดูแล หรือเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจของญาติผู้ดูแลในการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

จากงานวิจัยจะเห็นว่า ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีผลต่อการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีความพร้อมในการที่จะดูแล อาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

สุดศิริ หิรัญขุนทด (2541) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มละ 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลประกอบด้วย กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และผลลัพธ์จากการดูแล นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแล คือ ครอบครัว และแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ

อารมณ บุญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ราย ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และ

ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถสูงกว่าหลังเตรียมความพร้อม

จารึก ธานีรัตน์ (2544) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการสอนตามกิจวัตร กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินะรัตน์ ศรีภักธิญา (2540) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามปกติจากเจ้าหน้าที่ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นิภาภัทร ภักธพงษ์สันติ (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สการรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย มารดาเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนโฟรติก และโรคหอบหืด ที่พาบุตรมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะ โรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของมารดาเด็กป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .01$) ส่วนอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว

อายุของเด็กป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำราศนราดูร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และรายได้ของครอบครัว เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 30.68

จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอน และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีผลในเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าผลการศึกษาของ จอมสุวรรณ์ โณ (2541) จะพบว่าความสามารถของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่หลังจากที่ผู้ดูแลต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ และการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน และความแตกต่างของคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของของผู้ดูแล อาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ และไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานบางประการและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานว่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่มีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ การศึกษา มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลโรคอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานบางประการ และความเข้มแข็งในการมองโลกที่เป็นส่วนหนึ่งของคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ตามแนวคิดของโอเร็ม ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานนั้นจะส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลหรือไม่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถจะพัฒนาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัว เผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1995) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีการตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบ โครงสร้าง บทบาท และกระบวนการดูแล (Keith, 1995) ในขณะเดียวกันสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม (Wilson, 1991) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล ปรับพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น มีความพยายามที่จะเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณ์ แก้ววรรณ (2533) ซึ่งศึกษาผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วม โปรแกรมการงูใจที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ และการประทับประคองจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการงูใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการงูใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 2.05$, $t = 2.05$ และ $t = 3.95$ ตามลำดับ)

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

สัมพันธภาพมีมโนทัศน์พื้นฐาน มาจาก ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529)

แนวคิดเกี่ยวกับกลไกในระบบการดูแลของสมาชิกในครอบครัวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลประกอบด้วย 4 ระยะ (Phillips & Rempusheski, 1986 อ้างถึงใน เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) คือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล (Defining the Situation) เป็นระยะที่ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแลและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล
2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล (Cognitive Processes) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแล เป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดี จะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ต้องการการดูแล

หากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดี ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำการดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น

3. การปฏิบัติการดูแล (Express Processes) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดี แต่หากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดี

4. การประเมินผล (Evaluation Processes) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนกลไกการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติการดูแลผู้ต้องการการดูแลได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ถ้ามีสัมพันธ์ภาพที่ดี จะส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่ดี และมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลในเชิงบวก และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ ความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน สิริ โพร้งาม, 2539)

จากการศึกษาของ วอลเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1992) ซึ่งศึกษาถึงผลลัพธ์จากการดูแลของบุตรสาวที่ดูแลมารดาผู้สูงอายุจำนวน 141 คู่ พบว่าสิ่งสำคัญในการที่บุตรสาวรับบทบาทการดูแล คือ การรับรู้ถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับมารดา และภาวะสุขภาพของมารดาเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลจากบุตร โดยมารดาที่ได้รับการดูแลและได้รับความรัก จะมีสุขภาพดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลและความรักน้อย ส่วนการศึกษาของ กรามเมอร์ (Krammer, 1993) ที่ศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของภรรยาผู้ดูแลสามีป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 72 ราย พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ความพึงพอใจในแหล่งประโยชน์ทางสังคมเป็นสิ่งบ่งชี้และทำนายการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแล จะคิดว่าการดูแลเป็นรางวัลที่ดีทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

จากการศึกษาของ เบลสซ์เนอร์ และชิฟเฟิลท์ (Blieszner & Shiflett, 1990) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 5 คู่ และผู้ดูแลที่เป็นบุตรจำนวน 4 ราย พบว่าเมื่อระยะเวลาในการดูแลนานขึ้น สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุตรผู้ดูแลกับบิดา มารดา มีค่าลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อาร์คอล และเอเบล (Archol, 1983; Abel, 1986 cited in Walker et al., 1990) พบว่าสัมพันธ์ภาพสามารถพัฒนาได้ โดยที่บุตรสาวผู้ดูแลมารดาสูงอายุ มีสัมพันธ์ภาพกับมารดาดีขึ้นภายหลังการดูแล นั่นหมายความว่า การดูแลจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการ

ดูแลดีขึ้น ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยที่มีผลต่อสัมพันธภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง กับการปรับตัว ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.72$) และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ร้อยละ 51.70 แสดงว่า ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

เพียงใจ ทิรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัว แสดงว่าหากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลลดลง

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการมีคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นด้วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บ่งชี้ประสบการณ์ หรือทักษะในการดูแลที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย ผู้ดูแลย่อมมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม ต้องการการปรับตัว และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก โดยเฉพาะระยะเวลาที่เริ่มดูแล เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น มีการปรับตัวดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ความต้องการความช่วยเหลืออื่น ๆ ลดน้อยลง (ศศิธร ช่วงสุวรรณ, 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$) แสดงว่า ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และเกิดแรงจูงใจในการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่

วินิตา ชูช่วย (2547) ศึกษาถึงศักยภาพในการดูแลและอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) ซึ่งอาจหมายถึง ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกลดลง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจากผู้ดูแล เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานมากขึ้น ย่อมส่งผลได้ทั้งด้านบวก และด้านลบ ผลทางด้านบวกคือ ผู้ดูแลมีประสบการณ์ มีทักษะความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในการดูแล ขณะเดียวกันอาจเกิดผลด้านลบ คือ ความเหนื่อยหน่าย ความอ่อนล้า ท้อแท้ จากการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถและคุณภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลของผู้ป่วยต่อความสามารถในการดูแล พบว่าบางการศึกษาพบความสัมพันธ์ในทางลบ และบางการศึกษาพบความสัมพันธ์ในทางบวก สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยคาดว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องการทดสอบในส่วนนี้

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จึงจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

ผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย มีโรคประจำตัว วิตกกังวล หรือต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความจำเป็นเพราะเป็นหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ดูแลการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการดูแลใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา ดังกล่าว จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ (สุคศิริ หิรัญขุนทด, 2541)

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วย

ระหว่างการดูแลผู้ป่วย จะมีความอดทนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้สึกเครียด ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางภาวะสุขภาพ จะรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธบ่อย ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกติดอยู่กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก (O' Brien, 1993)

ดี และคณะ (De et al., 2005) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลอาจจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง และการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรซัง (2545) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแล และ ปัจจัยด้านการดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นในระหว่างที่เข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะที่พบได้แก่ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแขน ปวดข้อมือ ปวดเข่า ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับซึ่งภาวะเหล่านี้ น่าจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ไพร์ด และเอมส์ (Periard & Ames, 1993) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย และพบว่าร้อยละ 55 ของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น เปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร เนื่องจากเบื่ออาหาร ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ร้อยละ 30 บอกว่าการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งศึกษาถึงแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแล ร้อยละ 76.92 ของผู้ดูแล มีประสบการณ์ต่อสุขภาพทางด้านลบจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลจะรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลจะต้องเป็นบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี เพราะถูกคาดหวังว่าจะทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพที่ดีจะสามารถใช้พลังงานในการดูแลได้อย่างเต็มที่ (จอม สุวรรณโณ, 2541) แต่อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงอาจไม่มีทางเลือกกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านสภาพในครอบครัวของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลน่าจะมี ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence)

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของ แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาทางการแพทย์ชาวอิสราเอล ที่ศึกษา เกี่ยวกับความเครียดของบุคคล ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหา และ ภาวะสุขภาพของบุคคล ในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยการที่ บุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกนั้น ต้องอาศัยแหล่ง ประโยชน์ทั่วไป (Generalized Resistance Resource) ร่วมกับความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็น คุณสมบัติที่อยู่ในตัวบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเอง และสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็จะสามารถ เข้าใจได้ จัดการแก้ไขได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข (Antonovsky, 1982, 1987) การรับรู้เช่นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงภาวะ เครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต สามารถดำรง ความมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิตได้

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (Antonovsky, 1976, 1987 cited in Sullivan, 1993)

1. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเป็นสิ่งที่สามารถเข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล (Comprehensibility) ผู้ที่มีความเข้าใจสิ่งเร้าดีจะสามารถอธิบาย เหตุผลและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ แม้ว่าไม่อาจให้คำตอบอย่างชัดเจนได้ก็จะสามารถทำ ความเข้าใจและให้ความรู้สึกกับสิ่งเร้านั้นได้
2. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถบริหารจัดการได้ โดยสามารถ เลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (Manageability) เช่น คู่สมรส เพื่อน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ บุคคลที่ให้ความนับถือ ผู้ที่มีความสามารถในการบริหารจัดการดี จะสามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมั่นใจ และมีประสิทธิภาพ
3. รับรู้และประเมินว่า สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำนาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะ เข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง (Meaningfulness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการที่บุคคลเห็นความสำคัญของการเข้าไปแก้ไขปัญหามีคุณค่า ก็จะมีแรงจูงใจที่จะพยายาม หาทางแก้ไขปัญหาลงมือให้สำเร็จลุล่วงไปได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) กล่าวว่า การที่บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล คือ

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Source) เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิต และพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลก
2. ปัจจัยทางด้านโครงสร้างทางสังคม (Social Structure Source) ได้แก่ เพศ ระดับชนชั้น ในสังคม หน้าที่การงาน กฎระเบียบ ค่านิยม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหา และส่งผลให้บุคคลนั้นมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น
3. ปัจจัยด้านโครงสร้างวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-Historical Source) ได้แก่ ความเชื่อ การนับถือศาสนา ซึ่งมีผลต่อโครงสร้างบุคลิกพื้นฐานของบุคคล และส่วนหนึ่งของบุคลิกพื้นฐานของบุคคล ก็คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งในการมองโลกยังพัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิตภายใต้บริบททางสังคม และวัฒนธรรมตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงมีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน เป็นต้น เข้ามามีอิทธิพลต่อระดับความเข้มแข็งในการมองโลก (George, 1996) บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม และมีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับความเครียดนั้นได้ บุคคลเหล่านี้จึงมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่าความรู้สึกเบื่อหน่าย (Forsberg-Warley et al., 2002; Nilsson et al., 2001) นอกจากนี้ ชัมเบอร์ และคณะ (Chumbler et al., 2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับความรู้สึกเป็นภาระและความซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -0.53$, $r = -0.63$) หมายความว่า การที่ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ เนื่องจากความสามารถในการที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งจัดว่าเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะส่งเสริมให้มีความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้ดี

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งอาจเกิดจากการแตก ตีบ หรืออุดตัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย เพื่อช่วยรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยให้คงอยู่ตามศักยภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มในส่วนที่กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลในเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะในการดูแล ความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าปัจจัยในเรื่องภาวะสุขภาพ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานบางประการ และความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และยังเป็นการทดสอบทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็มอีกด้วย