

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล อย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

1.1 คำจำกัดความ

1.2 พยาธิสภาพของการเกิดสมองขาดเลือด

1.3 ผลกระทบจากโรค

1.4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

2.1 ความหมาย

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

3.1 ความหมาย

3.2 บทบาทหน้าที่ในการดูแล

3.3 คุณลักษณะของผู้ดูแล

3.4 ความต้องการของผู้ดูแล

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

4.1 ความหมาย

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

4.3 โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke or Cerebral Infarction) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดที่นำเลือด ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อสมองไม่เพียงพอ จนทำให้เซลล์สมองค่อย ๆ เสื่อมตายลง ในที่สุด และเกิดเป็นรอยโรคในเนื้อสมองเกิดขึ้น ความผิดปกติดังกล่าว ส่งผลให้เกิดเป็นอาการ และอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วยตามการเสียหายที่ของตำแหน่งควบคุมสมองในส่วนนั้น ๆ (Dolan, 1991; Urden et al., 2006) รอยโรคซึ่งเป็นการเสื่อมตายของเซลล์เนื้อสมอง (Infarction) เป็นลักษณะการเสื่อมของเซลล์เนื้อเยื่อทุกชนิดในเนื้อสมอง พบได้ 2 ลักษณะ คือ การขาดเลือดทั้งสมองในเวลาเดียวกัน (Global Ischemia) และมีบางส่วนที่ขาดเลือด เช่น มีการตีบตันของหลอดเลือดเพียงบางแขนง (Focal Ischemia) (ตุ้มทิพย์ แสงรุจิ, 2544)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นความผิดปกติที่พบได้มากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สามารถจำแนกชนิดของการเกิดหลอดเลือดสมองขาดเลือด ตามลักษณะการศึกษาของแต่ละคนได้ดังนี้

โดแลน (Dolan, 1991) มีการแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรคได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 Transient Ischemic Attacks (TIA) อาการจะเกิดขึ้น และหายไปภายใน 24 ชั่วโมง
2. กลุ่มที่ 2 Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND) อาการจะเกิดขึ้น และคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์
3. กลุ่มที่ 3 Stroke Evolution, Progressive Stroke, Developing Stroke, Ingravescant Stroke อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จะยังคงอยู่ และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลา
4. กลุ่มที่ 4 Complete Stroke อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่คงที่แล้ว ไม่มีอาการเพิ่มขึ้นอีก

โวชนอร์ (Wojner, 1998) มีการแบ่งตามสาเหตุการเกิดโรค ได้ 4 กลุ่มดังนี้

1. Thrombotic Stroke กลไกการเกิดโรคในโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ คล้ายกับ เกิดการอุดตันในโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การเกิดขึ้นโดยมีการอุดตันของหลอดเลือดที่นำเลือด มาเลี้ยงสมอง และในการอุดตันนั้นเพิ่มความรุนแรงตามระยะเวลาที่มีการอุดตันของลิ้มเลือด และขนาดของก้อน หากก้อนมีขนาดเล็ก จะสามารถหลุดลอยไปได้ อาการจะเกิดแบบชั่วคราว (TIA) และถ้าขนาดก้อนมีขนาดใหญ่มาก จะกลายเป็นอาการที่เกิดอย่างถาวร (Thrombotic)

2. Lacunar Stroke การเกิดโรคมีตำแหน่งของการเกิดในหลอดเลือดเล็ก ๆ ภายในส่วนของเนื้อสมอง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการที่ค่อย ๆ ดีขึ้นได้ และมักเกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติ เป็นโรคความดันโลหิตสูงเดิม

3. Embolic Stroke พบอุบัติการณ์ในการเกิดโรค ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือมีการติดเชือยู่ที่หัวใจ ร้อยละ 20 โดยพบว่าการหลุดลอยของลิ่มเลือดมาที่หลอดเลือดในสมอง จนกระทั่งส่งผลให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน อาการที่เกิดในผู้ป่วย จะเป็นลักษณะชั่วคราว

4. Perioperative Ischemic Stroke พบอุบัติการณ์ในการเกิดโรค ภายหลังจากการผ่าตัดหัวใจร้อยละ 10 โดยพบผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความรู้สึกรบกวนเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จึงได้มีการตรวจความผิดปกติทางระบบประสาทด้วยวิธี การตรวจเส้นเลือดแดงในสมองด้วย เครื่องคอมพิวเตอร์ พบว่า มีก้อนลิ่มเลือดภายในเส้นเลือดแดงของสมอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วย มีความผิดปกติเกิดขึ้น จึงเป็นข้อสรุปของอุบัติการณ์ในการเกิดโรคภายหลังจากการผ่าตัด

TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) มีการแบ่งตามการเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด ซึ่งเป็นที่ยอมรับมากที่สุดทั่วโลก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Adams et al, 1993)

1. Large-artery Atherosclerosis (Embolus or Thrombosis) พบว่า มีพยาธิสภาพ เกิดในหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดคาโรติด เวอร์ทีบรัล หรือหลอดเลือดในสมอง ส่วนโคน ซึ่งจะเรียกหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ โดยอุบัติการณ์ในการเกิด พบว่า เกิดขึ้นได้ ทั้งจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจนเกิดการแยกกันของผนังหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดแดงเกิดการอักเสบ

2. Cardioembolism (High-risk or Medium-risk) พบว่า มีพยาธิสภาพเกิดจาก การหลุดลอยมาจากหัวใจ (Cardiac Embolism) ซึ่งพบได้ในหลอดเลือดเอออร์ตา เช่น ความผิดปกติแบบ Atrial Fibrillation, โรคลิ้นหัวใจรูมาติก, ลิ่มเลือดในช่องหัวใจ, ลิ้นหัวใจอักเสบ, การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหัวใจ

3. Small-vessel Occlusion (Lacune) พบว่า มีพยาธิสภาพเกิดในหลอดเลือดขนาดเล็กที่มีแขนงอยู่ภายในเนื้อสมอง มักเกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือด (Lipohyalinosis) แล้วเกิดการอุดตัน โดยจะเกิดการตายของเนื้อสมองเป็นหย่อมเล็ก ๆ จึงเรียกว่า โรคหลอดเลือดขนาดเล็กหรือที่เรียกกันว่า Lacuna Infarction

4. Stroke of other determined cause พบว่า การเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากโรคเดิมของ ผู้ป่วย แล้วส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดตามมา การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerised Tomography: CT) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก ในการค้นหาความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง (Magnetic Resonance Imaging: MRI)

5. Stroke of undetermined cause โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่หาสาเหตุไม่ได้ ต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า เครื่องสวนเส้นเลือดเพื่อวินิจฉัยหลอดเลือด (Arteriography) มีวัตถุประสงค์ในการดูความผิดปกติของหลอดเลือดที่สงสัยว่า มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นภายใน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดภายในสมองมีการตีบตัน ส่งผลให้เซลล์เนื้อสมองค่อย ๆ เสื่อมตายลง จนก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีการแสดงอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างทันทีทันใด หรือเพียงชั่วขณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพของ เนื้อสมอง แต่ความเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อสมองจะยังคงอยู่อย่างถาวร

พยาธิสภาพของการเกิดสมองขาดเลือด (Pathology of cerebral ischemia)

สมอง เป็นอวัยวะส่วนที่สำคัญและต้องมีการหล่อเลี้ยงด้วย น้ำเลือด ออกซิเจน น้ำตาล กลูโคสที่หล่อเลี้ยงอย่างเพียงพอ ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงในสมองโดยปกติมีปริมาณ 50-55 ml/ 100 gm/ min (ศิริชัย เอกสันตวิทย์, 2544) เมื่อเริ่มเกิดการขาดเลือดจากการอุดตันในหลอดเลือดภายในเนื้อสมอง จะส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองมีการตายบางส่วน โดยธรรมชาติจะมีกลไกของร่างกายที่พยายามปรับตัวทำให้ปริมาณเลือดจากส่วนอื่น ๆ เข้ามาเพิ่มในสมองให้มากขึ้นแทน แต่หากปริมาณเลือดมาเลี้ยงสมองน้อยกว่าร้อยละ 25 ของปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมองทั้งหมด จะกลายเป็นตำแหน่งที่มีการตายของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น และผลที่เกิดจากการตายของเนื้อเยื่อคือ ความเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วย โดยจะใช้ระยะเวลา 6-8 ชั่วโมง โดยระยะแรก จะพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ ซึ่งต้องใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ระดับสูง จึงจะสามารถเห็นความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงจากการขาดเลือดในเนื้อสมองได้ (คัมทิพย์ แสงรุจิ, 2544; Dolan, 1991) ซึ่งพบว่า มีการบวมของเนื้อสมอง เนื่องจาก Blood Brain Barrier สูญเสียหน้าที่ไป ทำให้มีการซึมออกมาของน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์ ยิ่งถ้าหากเนื้อที่ในสมองมีการขาดเลือดบริเวณใหญ่มาก ก็จะทำให้มีปริมาณน้ำที่ซึมออกมามากขึ้น และสุดท้ายจะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสมองเนื้อสมองเคลื่อนที่ได้ (Brain Herniation) โดยการเกิดจะสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 3-5 วันแรกของการเจ็บป่วย (Urden et al., 2006)

ความผิดปกติระดับเซลล์ สามารถแบ่งปฏิกิริยาออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ส่วนกลาง (Central Ischemic Zone) เป็นส่วนที่อยู่ตำแหน่งใจกลางของการมีเนื้อสมองส่วนที่ตายจากการขาดเลือด ซึ่งจะพบว่า มีการสลายของเนื้อเยื่อที่ตายแล้วออกมาปริมาณมากในระยะแรก 2) ส่วนที่อยู่ติดมารอบนอกจากเนื้อตาย (Surrounding Border Zone) จะพบว่ามีการทำปฏิกิริยาของร่างกาย ได้แก่ การอักเสบ การกำจัดเนื้อตาย การซ่อมแซม 3) บริเวณรอบนอกสุด (Collateral Zone) ซึ่งจะเป็นบริเวณที่มีการขยายตัวของหลอดเลือด โดยทั้ง 3 ส่วนนี้ สามารถเกิดการขยายเนื้อที่ของการขาด

เลือดในเนื้อเยื่อสมองส่วนในสุดออกมาสู่ส่วนนอกสุดได้ ถ้าหากปล่อยให้เนื้อตายมีบริเวณกว้างมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ตำแหน่งที่ควรมีการเฝ้าระวังเมื่อเกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง คือบริเวณส่วนกลาง (Central Ischemic Zone) ซึ่งสามารถจะขยายวงกว้างได้ในระยะเวลาภายใน 48 ชั่วโมงของการตายภายในเนื้อสมอง (Dolan, 1991; Wojner, 1998) และบริเวณรอบ ๆ ที่อยู่ถัดมา (Surrounding Border Zone) จะมีการสร้างเนื้อเยื่อให้หนาตัวมากขึ้น จนในที่สุดก็จะกลายเป็นแผลเป็นในเนื้อสมอง เมื่อระยะเวลาผ่านไปเป็นเดือน (คุ้มทิพย์ แสงรุจิ, 2544; Wojner, 1998)

จากเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ มีผลให้เกิดความผิดปกติปรากฏให้เห็นเป็น อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเส้นเลือดที่เกิดความเสียหาย โดยสามารถพบอาการ และอาการแสดง ตามความผิดปกติที่ตำแหน่งเส้นเลือดได้ดังนี้ (คุ้มทิพย์ แสงรุจิ, 2544; Dolan, 1991)

Middle Cerebral Artery อาการและอาการแสดงที่พบคือ อ่อนแรงครึ่งซีก โดยมีการอ่อนแรงที่แขนมากกว่าที่ขา ลานสายตาแคบลงครึ่งหนึ่ง พูดไม่ได้ การรับสัมผัส การรับรู้สีก การมองเห็น และการได้ยินผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติจะเกิดขึ้นในระยะแรก จนกระทั่งระยะเวลา 2-3 เดือน อาการจะเริ่มดีขึ้นได้

Posterior Cerebral Artery อาการและอาการแสดงที่พบ คือ มีอาการสูญเสียความรู้สึก ระดับลึก และระดับตื้นด้านตรงข้าม เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด กลืนลำบาก การทรงตัวสูญเสียไป กล้ามเนื้อมีอาการเกร็งกระตุก ตันเกร็ง ความจำผิดปกติ มีอาการอ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้

Internal Carotid Artery อาการและอาการแสดงที่พบคือ จะมีอาการปวดศีรษะ ฟังเสียง การเต้นของเส้นเลือดดำที่คอได้ชัดเจน การรับสัมผัส ความรู้สึกเสียไป การมองเห็นผิดปกติ

Anterior Cerebral Artery อาการและอาการแสดงที่พบคือ แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง การควบคุมกล้ามเนื้อและ การทำงานที่สัมพันธ์กันของกล้ามเนื้อ แขน และขาผิดปกติ การควบคุมการกลืนปัสสาวะสูญเสียไป การโต้ตอบเมื่อสื่อสารจะช้าลง

Vertebrobasilar Artery อาการและอาการแสดงที่พบ คือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความทรงจำสูญเสียไป พูดไม่ชัด กลืนลำบาก มีความรู้สึกที่แขน ขา ลำตัวด้านตรงข้าม น้อยลง มองเห็นภาพซ้อน กล้ามเนื้อใบหน้ามีสูญเสียการทำงานที่ การแสดงอารมณ์ความรู้สึก ไม่เหมือนเดิม

สมอง เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญอย่างมากในร่างกายมนุษย์ แต่เส้นเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงภายในสมองก็ยิ่งมีความสำคัญมากกว่า เนื่องจากเป็นส่วนที่ต้องหล่อเลี้ยงให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ หากเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดภายในสมองตำแหน่งต่าง ๆ จึงส่งผลให้สมอง

ส่วนนั้น ๆ ไม่สามารถควบคุมและทำหน้าที่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นโรคที่สามารถพบได้ร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ภายหลังจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะยังคงมีรอยโรคเกิดขึ้นในเนื้อสมองอย่างถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีความพิการทางร่างกายเกิดขึ้นอย่างถาวรเช่นกัน ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย มีผลกระทบในแบบแผนการดำเนินชีวิต และสมาชิกในครอบครัว โดยสามารถแบ่งเป็นรายด้านได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว และการควบคุมกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวได้ เนื่องจากการสั่งการของระบบประสาทจะอยู่บริเวณเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) ซึ่งมีเนื้อที่ สองในสามของเนื้อสมองทั้งหมด บริเวณที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว จะเป็นในส่วนของปมประสาท (Basal Ganglia) ที่อยู่ในสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) ตรงส่วนด้านหน้าของสมอง (Frontal) รวมถึงสมองเล็กที่อยู่ใต้อก้านสมอง (Cerebellum) ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการทรงตัว การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ในการเจ็บป่วยระยะแรก กล้ามเนื้อจะมีอาการอ่อนแรง และมีความตึงตัวลดลง ทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก (Hemiparesis) จึงเกิดเป็นความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ร่วมกับขาดความคล่องแคล่ว ทรงตัวไม่ได้ ซึ่งสามารถพบอาการแสดงนี้ได้ ร้อยละ 50 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Flynn et al., 2008)

1.2 ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และการมองเห็นผิดปกติ โดยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสมดุลด้านที่มีพยาธิสภาพลดลง การควบคุมการทรงตัวไม่ได้ การทำงานที่ประสานงานเพื่อการเคลื่อนไหวร่างกายสูญเสีย รวมถึงลานสายตาและกล้ามเนื้อที่ควบคุมเกี่ยวกับการกรอกตามีความบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพซ้อน การมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่กล้าขึ้น หรือเดิน รวมไปถึงการรับรู้มีความเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะจำเวลา สถานที่ บุคคลไม่ได้ ส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสมตามมา (Ignatavicius et al., 1995)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการสื่อสารคือ พูดไม่ชัด (Dysarthria) หรือพูดไม่ได้ (Aphasia) พบได้ร้อยละ 18.9 (Flynn et al., 2008) ซึ่งเกิดจาก มีพยาธิสภาพที่ตำแหน่งบริเวณโบรคา (Broca's Area) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาพูด สัญลักษณ์ต่าง ๆ แต่ไม่สามารถได้ตอบเปล่งเสียงออกมาให้เป็น

ภาษาที่เข้าใจได้ และหากเกิดความผิดปกติบริเวณ เวอร์นิค (Wernicke's Area) จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แม้จะมองเห็นปกติ แต่ไม่เข้าใจภาษาที่เขียนสื่อสาร (Ignatavicius, et al., 1995) ความผิดปกติดังกล่าว จะมีความสัมพันธ์กับสมองซีกซ้ายที่ควบคุมเกี่ยวกับการ การพูด การฟัง การอ่าน การเขียน และ การคำนวณ และหากพบความผิดปกติทั้งหมดเรียกว่า ความบกพร่องด้านการสื่อสารอย่างสมบูรณ์ (Global Aphasia) (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวกลืน (Dysphagia) พบว่า ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวกลืน เช่น ลิ้น เพดาน หลอดคอ หลอดอาหาร มีอาการอ่อนล้าลงร่วมกับการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย คู่ที่ 5, 7, 9 และ 10 ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ โดยเกิดจากมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่งสมองส่วนหลังในส่วนของ พอนส์ (Pons) และ เมดัลลา ออฟลองกาตา (Medulla Oblongata) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่เคี้ยวกลืน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ความผิดปกติดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยพบได้ร้อยละ 43.2 ส่วนใหญ่จะพบได้ในช่วงระยะแรกของการดำเนินโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก (Flynn et al., 2008)

1.5 ความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร่วมกับผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ ทำให้กล้ามเนื้อที่ควบคุมเกี่ยวกับการปัสสาวะมีการอ่อนแออย่างมาก ผู้ป่วยจะมีปัญหาปัสสาวะรด และปัสสาวะเล็ด ส่วนปัญหาในการถ่ายอุจจาระมักเกิดจาก ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ร่วมกับดื่มน้ำและรับประทานอาหารกากใยน้อย จึงส่งผลให้มีปัญหาท้องผูกตามมาได้ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ความผิดปกติด้านความรู้สึกรู้สึกผิด สติปัญญา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีปัญหาในด้านสติปัญญา การคิดคำนวณ โดยพบว่า มีการสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ และตัดสินใจเองไม่ได้ ร่วมกับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องสมรรถภาพทางสมองค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 52.9 (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553)

2. ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีภาวะ วิตกกังวล ซึมเศร้าภายหลังจากเกิดความเจ็บป่วยเนื่องจาก ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลงจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจ น้อยใจ ท้อแท้ เกรียด จากความพิการของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (ศิวัชกานต์ แก้วแดง, 2548) ผลจกภาวะทางจิตใจ ทำให้มีการแสดงออกเป็นพฤติกรรม ได้แก่ ลักษณะเพิกเฉย ไม่สนใจฟื้นฟูตนเอง ซึ่งลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความผิดปกติด้านความรู้สึกรู้สึกผิด รวมถึงพยาธิสภาพในเนื้อสมอง ซึ่ง

ความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมนี้ จะส่งผลให้เกิดเป็นบุคลิกภาพของผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา 1 ปี (Rush et al., 2010)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย จะต้องประกอบด้วยการดูแลด้านจิตใจ และร่างกายควบคู่กันไป เนื่องจาก ภาวะด้านจิตใจซึ่งมีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สมรรถภาพทางสมองของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงภายหลังการเจ็บป่วยจากโรค (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553) การฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการมีผู้ดูแล นอกจากจะดูแลทางร่างกายด้วยวิธีการกายภาพบำบัด และการแพทย์แผนไทยแล้ว สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือ กำลังใจ การปลอบโยน ความเข้าใจซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการท้อแท้จากความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ (เพ็ญศรี สิริวรารมย์, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน แม้จะพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางร่างกายอย่างชัดเจน แต่ในการฟื้นฟูสิ่งที่ไม่ควรละเว้นคือ การดูแล ด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวมของการดูแลบุคคล

3. ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดขึ้น การทำหน้าที่ตามบทบาทของผู้ป่วย ด้านสังคม ครอบครัว จะหยุดลงเนื่องจากภาวะของโรค ที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จนทำให้ปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้ดังปกติ มีผลต่อการขาดรายได้ภายในครอบครัวซึ่งเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทในการดูแล จะไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้ป่วยเองก็ทำหน้าที่ไม่ได้ จึงทำให้มีการสูญเสียรายได้ที่เข้าสู่ครอบครัว รวมถึงในการเดินทางเพื่อนำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล จะต้องมีการสูญเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเรียกว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อมในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียในการดูแลผู้ป่วยในหนึ่งวัน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 1,985.85 บาท ต่อวัน ต่อคน (กาญจนาศรี สิงห์ภู และคณะ, 2552) ค่ารักษาของผู้ป่วยเป็นค่าใช้จ่ายรวมที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และหากคิดหลาย ๆ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะพบว่าเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายในระดับประเทศเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

4. ผลกระทบต่อผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรก ถึง 1 สัปดาห์ โดยผู้ดูแลจะเกิดความสงสัยเกี่ยวกับ ภาวะของโรค ระยะเวลาที่อาการจะคงที่ หรือ การหายจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วย (Cameron & Gignac, 2008) รวมทั้งผู้ดูแลไม่กล้าปฏิบัติให้การดูแล เพราะขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการดำเนินของโรค จึงไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (สิรัชชา จิรจารุภัทร, 2551; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551) และเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว

แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ซึมเศร้า เครียดมากยิ่งขึ้น (ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; วรธิดา มาศเกษม, 2552; Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005; Leong et al., 2009) รวมถึงผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยระหว่างทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันยาวนาน จนทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ร่วมกับ ไม่มีผู้ช่วย ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และไม่ให้การดูแลผู้ป่วยในเวลาต่อมาได้ (Grant et al., 2006)

ผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยกล้ามเนื้อที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมีความบกพร่อง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ผลจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง อวัยวะบางส่วนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังปกติ ต้องอาศัยผู้อื่นคอยช่วยเหลือดูแล หากไม่ได้รับการดูแล สิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นคือ ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน เป็นความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น ภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก ซึ่งผลจากการเกิดโรคแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเดิมมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้ภาวะของโรคในผู้ป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ได้แก่ (Seliam, 2009)

1. ความผิดปกติทางระบบประสาท (Neurological Complication) ที่ประกอบด้วย

1.1 แรงดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure)

1.2 อาการชักเกร็ง (Seizure)

1.3 การเกิดภาวะของโรคซ้ำ (Recurrent Stroke)

2. ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ โรคทางอายุรกรรม (Medical Complication)

ที่ประกอบด้วย

2.1 หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)

2.2 ภาวะถุงลมปอดรั่วซึมจากการนอน ฯ (Pulmonary Embolism)

2.3 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคที่รุนแรงมากขึ้น (Arrhythmia), Myocardial Infarction, Elevate Cardiac Enzymes

2.4 ภาวะแทรกซ้อนที่ปอด (Pulmonary Complication) ที่เป็นปัญหาย่างมากในผู้ป่วย คือ ปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia)

2.5 ภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วย (Malnutrition)

3. ภาวะแทรกซ้อนด้านอวัยวะสืบพันธุ์ (Genitourinary Complication) ที่เป็นปัญหาและเกิดได้บ่อย คือ

- 3.1 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection)
- 3.2 ความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Dysfunction)
4. การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน (Decubitus Ulcer)
5. การพลัดตกหกล้ม (Falls)
6. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

จากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมา ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่พบบ่อย และเป็นปัญหาในการดูแลมากที่สุด มีดังนี้

1. **ปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia)** เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจาก ความผิดปกติของร่างกายผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแอของร่างกาย และอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวกลืน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ จะต้องนอนเป็นเวลานานจนทำให้กล้ามเนื้อกระบังลม กล้ามเนื้อช่องซี่โครงทำงานได้น้อยกว่าปกติ ส่งผลต่อการหายใจได้ไม่เต็มที่ ร่วมกับมีสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจตอนล่างคั่งค้างมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย รวมถึงอาจมีการอุดกั้นของสารคัดหลั่งเกิดขึ้นได้ (นวพร ชัชวาลพานิชย์, 2547) ในระยะแรกของการเจ็บป่วยด้วยภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด กล้ามเนื้อส่วนที่มีความสำคัญกับการเคี้ยวกลืนสูญเสียการทำงานที่ไป และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ หากมีการให้อาหารทางปาก จะเป็นปัจจัยในการส่งเสริมการเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลักได้ ซึ่งภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสูดสำลักในผู้ป่วย พบได้ร้อยละ 50 ของการติดเชื้อที่ปอด (Seliam, 2009)

อาการและอาการแสดงที่เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะปอดติดเชื้อ ประกอบด้วยดังนี้ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2543)

1. ใช้ระดับอุณหภูมิในร่างกายเปลี่ยนแปลงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
2. ไอ เป็นปฏิกิริยาของร่างกายเพื่อขับสิ่งขับหลัง ซึ่งเป็นของเสียออกจากร่างกาย อาการที่เกิดร่วมกับอาการไอคือ มีเสมหะเปลี่ยนสี เป็นสีขุ่น เข้มคล้ายหนอง ซึ่งเป็นลักษณะเด่น ของการติดเชื้อที่ปอด ร่วมกับเสมหะอาจมีกลิ่นผิดปกติ ซึ่งพบได้ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง
3. ลักษณะเสมหะมีปริมาณที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะของความผิดปกติเกี่ยวกับปอดได้รับการติดเชื้อ
4. อัตราการหายใจเร็ว มากกว่า 30 ครั้ง/ นาที
2. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) เป็นการตรวจพบเชื้อ

ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ ทางเปิดทางเดินปัสสาวะ ไปจนถึงกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีการเก็บปัสสาวะที่ถ่ายเสร็จใหม่ตรวจดู จะพบปริมาณเชื้อแบคทีเรีย 10^5 ในน้ำปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2548) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ เนื่องจาก กล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายมีอาการอ่อนล้า ไม่สามารถบีบตัวเพื่อขับน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะให้ออกมาได้หมด จึงทำให้มีการเหลือค้างของน้ำปัสสาวะร่วมกับในระยะแรก ระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยลดลง มีปัสสาวะราดและรีเฟล็กซ์ของการขับถ่ายปัสสาวะลดลง (Micturation Reflex) ทำให้ต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อถอดสายสวนปัสสาวะออก จะพบว่า มีการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ (Uninhibited Bladder) ซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตามมา (Seliam, 2009) รวมทั้งการให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะในท่านอน ซึ่งจะทำให้หน้าปัสสาวะออกมาได้ยากและออกมาไม่หมด จึงเป็นสาเหตุทำให้มีปริมาณน้ำปัสสาวะเหลือค้างเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้มากขึ้น (นวพร ชัชวาลพานิชย์, 2547) การศึกษาถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 1998-2007 พบอุบัติการณ์ การติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 9.16, 8.67, 9.07, 9.97, 10.08 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และมีผลต่ออัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย (Tong, Kuklina, Gillespie, & George, 2010)

อาการและอาการแสดงที่เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วยดังนี้ (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2548)

1. อาการปวดขณะขับถ่ายปัสสาวะ (Dysuria) มักพบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะเฉียบพลัน ท่อปัสสาวะอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตั้งแต่เริ่มถ่ายปัสสาวะจนถึงสิ้นสุดการถ่ายปัสสาวะ ถ้าหากมีอาการปวดใกล้จะสุด บ่งบอกถึงการติดเชื้อในบริเวณตำแหน่งที่ท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ

2. มีความเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการขับถ่าย เช่นการปัสสาวะบ่อยขึ้นซึ่งปกติกระเพาะปัสสาวะมีความจุ 300-400 มิลลิลิตร เมื่อเกิดการติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะจะไวต่อการกระตุ้นโดยน้ำในกระเพาะปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น

3. มีปัสสาวะขุ่น เนื่องจากมีการติดเชื้อที่รุนแรง จนเกิดเป็นหนองในท่อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แต่ทั้งนี้การเกิดเป็นหนองนั้นอาจเกิดเนื่องจากการตกตะกอนของสารพวกฟอสเฟต อาจไม่ใช่การเกิดหนอง โดยแท้จริง ดังนั้นการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือจะช่วยยืนยันได้ชัดเจนที่สุด

4. อาการไข้ หนาวสั่น (Fever and Chill) อุณหภูมิในร่างกายของมนุษย์จะเกิด ความเปลี่ยนแปลงตามความรุนแรงของการติดเชื้อ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะที่รุนแรง จะมีไข้ร่วมกับอาการหนาวสั่น ได้มากที่สุด

5. การตรวจพบเม็ดเลือดขาวในน้ำปัสสาวะมากกว่า 10^3 โคโลนี/ มิลลิลิตร จาก น้ำปัสสาวะตอนกลางถ่ายขณะขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้หญิงมีน้ำปัสสาวะที่พบเชื้อ 10^2 - 10^4 โคโลนี/ มิลลิลิตร ก็ถือว่ามี การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้

3. การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน (Decubitus Ulcer) เป็นลักษณะบริเวณที่มี การตายของเซลล์ หรือเนื้อเยื่อ เนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งเป็นผลมาจากการกดทับเป็นเวลานาน โดยมักเกิดบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่าง ๆ (ป่องทท้าย พุ่มระย้า, 2552) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแล ตนเองได้และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว จะสามารถเกิดขึ้นได้อย่างง่ายดาย ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบอุบัติการณ์ในการเกิดแผลกดทับได้ ร้อยละ 20 ของการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดได้ง่าย ได้แก่ ก้นกบ ปุ่มกระดูกต่าง ๆ (Seliam, 2009)

อาการและอาการแสดงที่เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยการเกิดแผลกดทับ โดยสามารถ ประเมินได้จากความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดระดับความรุนแรงของ ผิวหนังที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ดังนี้ (ฐิตินันท์ วัฒนชัย และคณะ, 2552)

ความรุนแรงระดับ 1 ผิวหนังเป็นรอยแดงเฉพาะที่ โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ในผิวหนังที่มีสีคล้ำ อาจจะมองไม่เห็นรอยขีด สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบ ๆ

ความรุนแรงระดับ 2 ผิวหนังมีการสูญเสียของชั้นผิวหนังแท้บางส่วน จะปรากฏให้เห็น เป็นแผลเปิดตื้น มีพื้นผิว แผลสีแดงชมพู ไม่มีเนื้อตาย อาจจะมีลักษณะผิวหนังที่มีตุ่มพอง น้ำที่มี น้ำเหลืองอยู่ข้างใน

ความรุนแรงระดับ 3 ผิวหนังมีการสูญเสียของเนื้อเยื่อชั้นลึกลงไปถึงชั้นไขมัน แต่จะไม่ ถึงชั้นกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลบางส่วนจะมีเนื้อตาย แต่เนื้อตายไม่ปกคลุมความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ สูญเสียไป อาจจะมีโพรงแผล และหลุมแผลเกิดขึ้น มีน้ำเหลืองหรือหนองจากโพรงแผล

ความรุนแรงระดับ 4 ผิวหนังมีการสูญเสียเนื้อเยื่อลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก อาจจะมีเนื้อตายที่มีลักษณะเหนียว (Slough) หรือเนื้อตายที่เป็นสะเก็ด (Eschar) มีลักษณะเป็นแผ่น หนาติดอยู่ที่พื้นแผล รวมทั้งเนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ

ลักษณะของแผลที่ปรากฏ ต้องประเมินลักษณะผิปกคิของผิวหนัง (Intact) เช่น สีของ ผิวหนังมีลักษณะแดงใส (Erythema) มีอาการบวม (Edema) มีการติดเชื้อ (Infected) มีการเปื่อยยุ่ย ของผิวหนังรอบแผล ร่วมกับสารขับหลั่งที่ไหลออกมาทั้ง สี กลิ่น ปริมาณ เพื่อประเมิน ความผิปกคิที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

ภาวะแทรกซ้อน เป็นความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้ป่วย เนื่องจากมีผลต่อการฟื้นฟูหายจากโรคและการดูแลรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงส่งผลต่อการทำกรรมเพื่อดำเนินชีวิตมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล ซึ่งเกิดจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ ลดลง

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ความหมาย

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2547) ให้ความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรม ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถที่เพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคมของบุคคลนั้น เอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย และยืนยาว เพื่อดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วิญญู กัมมททิพย์ (2547) ให้ความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรม ว่าเป็นความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ในการเคลื่อนไหว ได้อย่างอิสระ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและทำกิจกรรมเพื่อการสันตินาการ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต

วิไล คุปนิริศศัญกุล (2553) ให้ความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรม เช่น แบบแผนชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เป็นพื้นฐานของชีวิต (Activities of Daily Living) การเดิน การทรงตัว การเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ ได้ด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาผู้อื่น

โอเร็ม (Orem, 1985) ให้ความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรม ว่าเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคล ในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ในการดำรงส่งเสริมให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของมนุษย์ เพื่อให้ไปถึงจุดสูงสุดของแต่ละบุคคล ความสามารถของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ในชีวิต การศึกษา และแหล่งประ โยชน์ในชีวิต

การศึกษาถึงการประเมินเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ในแบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งมีการศึกษา ดังนี้

จุใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประบุรกุล (2552) กล่าวถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ที่จะประเมินต้องครอบคลุมด้าน ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกันในสังคมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับก่อนเกิดความเจ็บป่วย

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) กล่าวถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่จะประเมิน ต้องครอบคลุมในด้าน การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) การประกอบอาชีพ การเดินทาง การพบปะผู้อื่น

เกรนเจอร์ กรีเออร์ ลีส โควโลม และเบรน (Granger, Greer, Liset, Coulombe, & Brien, 1975) กล่าวถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่จะประเมิน ต้องครอบคลุม ในด้าน ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม การสื่อสารเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ การควบคุมด้านอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง

กล่าวโดยสรุปว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่จะได้รับการประเมิน ต้องมีความครอบคลุมในเรื่อง กิจวัตรประจำวันความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น การเข้าสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ต้องมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับก่อนเกิดความเจ็บป่วย

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินที่บ่งบอกถึงสถานะของผู้ป่วยในขณะนั้น ได้ ซึ่งเครื่องมือจะต้องสื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ได้เป็นอย่างดี

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่พร่องความสามารถ ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองในบางเรื่อง จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่จะสื่อถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย และทำให้รับรู้ถึงภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างชัดเจน โดยมีเครื่องมือที่เป็นแบบประเมิน ดังต่อไปนี้

1. The Kats index of ADL พัฒนาขึ้นโดย เคท (Katz) ในปี 1963 เพื่อใช้ประเมินในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูกสะโพกหัก ซึ่งจะประเมินความเปลี่ยนแปลงจากภาวะโรค ในผู้สูงอายุ และความเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ในแบบประเมินประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบประเมินนี้มีการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และ การทำกิจกรรมที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

2. ดัชนีบาร์เทิล (The Barthel ADL index) สร้างขึ้นโดย ฮาร์โมนี และบาร์เทิล (Harmony & Barthel) ในปี 1965 (Leowen & Anderson, 1987) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน

การขึ้น และลงบันได 1 ชั้น มีระดับคะแนน 0-100 คะแนน และมีการจัดคะแนนเป็นระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

3. Mix scales FIM score (Functional Independent Measure-score) ที่พัฒนาขึ้นโดย เวด และแลงตัน (Wade & Langton, 1987) เพื่อใช้ประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทย โดย จัญญา จิตประไพ และภาริส วงศ์เพ็ชร์ (2542) เป็นแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาขึ้น เพื่อวัดระดับวัดความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย แบบประเมินนี้ ประกอบด้วย 6 หมวด 2 ด้าน ดังนี้ 1) หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนศีรษะและใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัวร่างกายท่อนบน การแต่งตัวร่างกายท่อนล่าง 2) หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ 3) หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและ นั่งเก้าอี้ข้างเตียง 4) หมวดการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได 5) หมวดการสื่อความหมาย ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ การสื่อสารในด้านการแสดงออก 6) หมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับรู้การตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหาความจำ

จากข้อคำถามทั้ง 6 หมวด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จำนวน 13 ข้อ ซึ่งอยู่ในหมวดที่ 1-4 ข้อคำถามเกี่ยวกับด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งอยู่ในหมวด 5-6 รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating Scale มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองทั้งหมด

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมบางส่วน ไม่เกินร้อยละ 25

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองบางส่วน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 75

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมทั้งหมด การแปลผลโดยใช้ค่าคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ดังนี้

ระดับคะแนน 18-35 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ต่ำ

ระดับคะแนน 36-53 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง

ระดับคะแนน 54 ขึ้นไป หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูง

ในการนำไปใช้ในสถาบันประสาทเป็นครั้งแรก ไม่มีรายงานค่าความเที่ยงของเครื่องมือ การนำไปใช้ครั้งที่ 2 โดย นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2552) ได้ผ่านการหาความความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

4. The Pulse Profile หรือ PULSES (Physical Condition, Upper Limbs (Self-care), Lower Limbs (Mobility), Sensory Components, Excretory Functions, and Support Factors) พัฒนาขึ้นโดย โมสโควิตซ์ แอนด์ แมคแคน (Moskowitz & Mc Cann, 1957) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือในกลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เพื่อให้ได้รับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับ การเคลื่อนไหว การดูแลภาวะสุขภาพ และ ด้านจิตใจ มีการให้คะแนน 1-4 คะแนน ถ้าหากสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมดให้คะแนนเป็น 1 คะแนน หากต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นให้เป็น 4 คะแนน คะแนนยิ่งสูง บ่งบอกถึงความรู้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมสูง แบบประเมินนี้นิยมนำไปใช้มาก มีการรายงานค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย คือ แบบประเมิน Mix Scales FIM Score (Functional Independent Measure-score) ซึ่งจะประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหมวดหมู่ ทั้ง 6 หมวด ประกอบด้วย ด้านร่างกายที่อยู่ในหมวด 1-4 มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนศีรษะและใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัวร่างกายท่อนบน การแต่งตัวร่างกาย ท่อนล่าง การขับถ่าย การกลืนปัสสาวะ การกลืนอุจจาระ การเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและ นั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได ด้านจิตใจอยู่ในหมวด 5-6 มีข้อคำถาม 5 ข้อ คือ การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ การสื่อสารในด้านการแสดงออก การรับรู้การตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา ความจำ รวมข้อคำถาม

ด้านร่างกาย และจิตใจทั้งสิ้น 18 ข้อ ได้ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือเท่ากับ .96 ด้วย เหตุนี้จึงนำแบบประเมินนี้ไปใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ไม่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 35.4 (Carol-Artal et al., 2009) ผู้ป่วยจะยังคงทำกิจกรรมได้บ้าง บางส่วน ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

การตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคล ในการใช้ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการทำกิจกรรม แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบบริการ แหล่งประโยชน์ที่มี และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1985) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีดังนี้

1. อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อายุมาก จะมีระดับความสามารถที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย โดยเฉพาะหากอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูง เนื่องจากวัยสูงอายุมักจะมีโรคประจำตัว และมีสมรรถภาพทางร่างกายบกพร่องจากโรคเหล่านั้น ระยะเวลาในการฟื้นหายจากภาวะโรคจะใช้เวลา 6 เดือนขึ้นไป (วิญญู กัมพรทิพย์, 2547 หน้า 122) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า อายุ ที่ต่างกันจะส่งผลให้การฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจกรรมได้ต่างกัน (Chan & Wong, 2009) สมวกกับผู้ป่วยวัยสูงอายุ จะเริ่มมีความบกพร่องในด้านความรู้สึนึกคิด โดยเฉลี่ยอายุ 55.9 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในสมอง การฟื้นฟูด้านความรู้สึนึกคิดจะล่าช้ากว่าผู้ที่อายุ น้อยกว่า (Carol-Artal et al., 2009)

2. ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า การมีรอยโรคของสมองทั้งสองข้าง หรือมีความรุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องของสติสัมปชัญญะ กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ นานเกิน 3-4 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการอ่อนแรงมานานเกิน 2 เดือน นั่งทรงตัวไม่ได้ มีความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ หรือเคยป่วยเป็นโรคอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ลักษณะเหล่านี้ มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี (วิญญู กัมพรทิพย์, 2547, หน้า 123) โดยความเจ็บป่วยเหล่านั้น แสดงถึงความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือด ถ้าหากมีความรุนแรงของโรคมก จะส่งผลต่อความพิการที่หลงเหลืออยู่ แม้จะผ่านไประยะเวลา 6 เดือนแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคเพียงเล็กน้อย (Flynn et al., 2008)

3. ความบกพร่องทางระบบประสาท ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยอายุเฉลี่ยมากกว่า 55.9 ปี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมักจะส่งผลให้เกิดเป็นภาวะสมองเสื่อมตามมาได้สูง เนื่องจากมีรอยโรคในสมองเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบประสาท เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นซ้ำ จึงส่งผลให้มีความบกพร่องเกิดขึ้นอย่างถาวรได้ (Carod – Artal et al., 2009)

4. โรคประจำตัว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจอื่น ๆ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต โรคประจำตัวบางอย่างเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกการออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ (วิญญู กัมพรทิพย์, 2547 หน้า 122; Kumar, Selim, & Caplan, 2010)

5. ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับว่า การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วัยแรกของโรค ไปจนกระทั่ง 1 เดือนแรก จะช่วยลด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติด การเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องจากการนอนนาน ๆ นอกจากช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วัยแรก ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วย เพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟู ทำให้ระยะเวลาในการนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง (Tan et al., 2009)

ความบกพร่องในการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ไม่ได้ทั้งหมด ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น หากไม่ได้รับการดูแลจะพบปัญหาในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และบุคคลที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยคือ ผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

การดูแล (Caring) เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือ ที่กระทำโดยตรง หรือโดยอ้อม ซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่นที่แสดงออกในลักษณะเป็นพฤติกรรม เช่น การแสดงถึงความเข้าใจความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การประคับประคอง (Support) ในด้านการรับฟัง การพูด การสัมผัส การให้ข้อมูล (Education) และอำนวยความสะดวกตามความต้องการของบุคคล การดูแลที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะพื้นฐานสำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีที่ปฏิบัติต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นทางการทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันต่อผู้ที่ต้องการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

ความหมายผู้ดูแล (Caregiver)

สตีฟสัน ยอดเพชร (2547) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง บุคคลเหล่านี้ส่วนมาก เป็นญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว

ลับกินส์ (Lubkins & Payne, 1998) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้านที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับคำตอบแทน

เรินฮาร์ด และคณะ (Reinhard et al., 2010) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละบุคคล

ชูแมนเชอร์ เบค และ แมอร์เรน (Schumacher, Beck, & Marren, 2006) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาเช่นเดียวกัน หรือเพื่อนบ้าน สมาชิกที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ

วิลเลียม (Williams, 2008) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเสื่อมถอยทางสุขภาพมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับคำตอบแทน

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอยู่ในครอบครัวเดียวกันซึ่งให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยการดูแลจะมีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 ซึ่งไม่ได้รับคำตอบแทนในการดูแล

ผู้ดูแล เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างสูง เนื่องจากเป็นบุคคลที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ความเปลี่ยนแปลงของภาวะโรคในผู้ป่วย จะมีความเกี่ยวเนื่องกับผู้ดูแล โดยทั้งสิ้น เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทั้งสองบทบาทในเวลาเดียวกัน

แนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแล (Caregiving Dynamics)

“ผู้ดูแล” มีการพัฒนาเกิดขึ้นมาจาก ผลจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไขกระดูก ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด ต้องอาศัยผู้อื่นคอยให้การดูแล แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการพักผ่อนที่บ้าน จึงต้องส่งพยาบาลไปติดตามผู้ป่วยทุกวัน ส่งผลให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น ทำให้มีการ

ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย จนในที่สุดได้มีการสรุปผลว่าควรมีการพัฒนาผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และบุคคลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและคุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีการฝึกทักษะและพัฒนาความรู้ให้ผู้ดูแลมีคุณสมบัติเป็นพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ (Williams, 2008)

ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลนั้นวิลเลียมได้สังเกตพบว่า ผู้ดูแลจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย หากมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณสมบัติที่ดี ผู้ดูแลก็จะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังนั้นวิลเลียมจึงพัฒนาแนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นและมีการปรับแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์ในปี 2008 ซึ่งมีองค์ประกอบที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณสมบัติในการเป็นผู้ดูแลที่ต่อเนื่อง และผู้ดูแลในแนวคิดของวิลเลียม หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะพบปัญหาว่า ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นองค์ประกอบที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิดของวิลเลียม (Williams, 2008) ประกอบด้วยดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ข้อตกลง หรือ ข้อผูกมัดในการดูแล (Commitment) (Williams, 2008)

การให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล วิลเลียมเชื่อว่า จะต้องมีส่วนสำคัญ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยแม้ว่าจะไม่ได้รับผลตอบแทนใด ๆ ซึ่งส่วนสำคัญนั้นคือ ข้อตกลง หรือ ข้อผูกมัดในการดูแลนั่นเอง โดยลักษณะที่บ่งบอกถึงการมีข้อตกลง หรือ ข้อผูกมัด มีคุณลักษณะดังนี้

1. ให้การดูแลที่ยาวนาน ด้วยความรัก และความผูกพันที่เป็นพื้นฐานทำให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้อย่างยาวนานและมั่นคง
2. ให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เห็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญ เป้าหมายหลักคือทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น
3. การสนับสนุนช่วยเหลือคงอยู่ตลอด มีการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำความเข้าใจในอารมณ์ และความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
4. มีการช่วยเหลือส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ระหว่างผู้ดูแล และ

ผู้ป่วย ซึ่งจะซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ที่จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้ให้การดูแล และผู้ได้รับการดูแล จึงก่อให้เกิดเป็นการดูแลที่มีความต่อเนื่องได้

องค์ประกอบที่ 2 การทำหน้าที่ในการดูแลของผู้ดูแล (Williams, 2008)

การดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วย ผู้ให้การดูแลจะต้องมีทักษะ ความรู้จึงจะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ซึ่งสิ่งที่ต้องดูแลภายใต้แนวคิดของวิลเลียมประกอบด้วย

1. การดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม (Supportive Physical Environment) มีความหมายรวมถึง การตอบสนองด้านอาหาร และสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ที่ได้รับการดูแล โดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดกระทำให้
2. การสร้างให้เป็นแบบแผนประจำในการดูแล (Cultivating Healthy Habit) ลักษณะการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมีการส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และผู้ดูแลให้การดูแลโดยไม่มีความรู้สึกว่าจำหนที่ต้องดูแล
3. การจัดการความคับข้องใจ การนำปัญหาออกไปทั้งในผู้ป่วย และผู้ดูแล (Letting it out) ในการดูแล มีความรู้สึกคับข้องใจ ไม่เข้าใจระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลจะต้องมีการร่วมแสดงความคิดเห็นความรู้สึกกับคนอื่น ๆ บ้าง เพื่อทำให้ความคับข้องใจ ความไม่เข้าใจได้รับการดูแลแก้ไขให้หมดไปจากผู้ให้การดูแล และ ผู้รับการดูแล ซึ่งจะนำมาถึงความเข้าใจระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย
4. การแสวงหาวิธีเพื่อนำมาดูแล (Getting away from it) คือ มีการเรียนรู้เกี่ยวกับ สิ่งที่เป็นผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ในด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งเป็นความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรมีการหาความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองในความต้องการ ที่ผู้ป่วยควรได้รับ และเรียนรู้การจัดเวลาพักผ่อน เพื่อลดความรู้สึกโกรธ อ่อนด้าจากการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 3 บทบาทในการเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย

การทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและทำหน้าที่ในการเรียกร้องสิทธิทางการดูแลให้เกิดแก่ผู้ป่วย ดังนี้ (Williams, 2008)

1. เรียกร้องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับการดูแลด้วย นวัตกรรมแปลกใหม่ของทางโรงพยาบาลที่มีอยู่
2. ให้ความร่วมมือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษา รวมทั้งได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต

3. เป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกคนอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

4. เป็นตัวแทนในการสื่อสารแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้น

5. เป็นผู้ที่คอยระวังให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในระบบสุขภาพ ตามความเหมาะสม และจัดการดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ความสามารถ

องค์ประกอบที่ 4 ความคาดหวังของผู้ดูแล (Williams, 2008)

เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วย เกิดความเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา สิ่งหนึ่งที่จะปรากฏขึ้นจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล คือความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สิ่งทีวิลเลียมต้องการให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับความคาดหวังในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล มีดังนี้

1. มีการวางแผนในการดูแลในอนาคต เป็นการทำให้ยอมรับกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความไม่แน่นอน ผู้ดูแลต้องมีความอดทน มุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดูแล และต้องทำให้ยอมรับในการจากไปของผู้ป่วยด้วยภาวะของโรคที่ไม่แน่นอนนี้

2. มีความมุ่งมั่นในการดูแลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายจะเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีโอกาสมีความเปลี่ยนแปลงของโรคไปในลักษณะที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีความสนใจให้การดูแลเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ดีขึ้น

3. ไม่ทอดทิ้งต่อความเหนื่อยล้า ในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ความรู้สึกไม่สุขสบายเหนื่อยล้า มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในขณะเวลาที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลจะคิดถึงในอนาคตที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างยาวนาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหดหู่ได้ ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยได้ การให้กำลังใจเป็นการเสริมแรงในการทำหน้าที่ผู้ดูแล และเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนกระทั่งมีการฟื้นหายจากภาวะโรคที่ดีขึ้น รวมทั้งทำให้ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลงายหายลงเนื่องจาก ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง

4. การยอมรับความเปลี่ยนแปลง ความเปลี่ยนแปลงตามวิวัฒนาการทางการแพทย์ นวัตกรรมในการดูแลรักษาที่ไม่เหมือนเดิม ผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวในรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่ จะส่งผลให้มีการเรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจ เปิดใจยอมรับการดูแลรักษาซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายเกิดได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบที่ 5 การทำความเข้าใจในผู้ดูแลแต่ละคน (Williams, 2008)

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลแต่ละคน มีความแตกต่างกัน เนื่องจากองค์ประกอบดังนี้

1. พัฒนาการเจริญเติบโตและประสบการณ์ของแต่ละคน ผู้ดูแลแต่ละคนมีความสามารถในการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจของแต่ละคนจะไม่เท่ากัน รวมทั้งประสบการณ์ที่ได้รับจากอดีตที่ผ่านมาไม่เท่ากัน ทำให้ความสามารถในการดูแล จะมีความแตกต่างกันเกิดขึ้น

2. การเรียนรู้ของแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้ดูแลบางคนมีความพยายามในการอดทนเพื่อเรียนรู้ แตกต่างกัน จึงส่งผลให้ การได้รับความรู้ที่ได้รับการฝึกฝนต่างกัน รวมทั้งผู้ดูแล บางคนมีความเชื่อในสิ่งที่เรียนรู้ต่างกัน จึงส่งผลให้การได้รับความรู้จากการเรียนรู้แตกต่างกัน

3. การเห็นคุณค่าจากการดูแลของผู้ดูแล การรับบทบาทผู้ดูแลควรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากการบังคับ เพื่อจะทำให้ผู้ดูแลที่เกิดขึ้นเป็นผู้ดูแลที่มีความพร้อมทางด้านจิตใจ จะได้นำมาสู่ความพร้อมทางด้านร่างกายที่จะเรียนรู้เพื่อให้เกิดคุณสมบัติในการเป็นผู้ดูแลต่อไป

องค์ประกอบที่ 6 การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล

การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เนื่องจากในระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทักษะ อารมณ์ และความรู้สึกเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลา การสนับสนุน ส่งเสริมการทำหน้าที่ในการรับบทบาทผู้ดูแล ให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ควรประกอบด้วยดังนี้ (Williams, 2008)

1. การส่งเสริมสมรรถนะในการดูแล เป็นการช่วยในการค้นหาผู้ดูแลให้เกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจะต้องมีทำหน้าที่ในการดูแล การช่วยในการทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลเกิดขึ้น เป็นวิธีการค้นหาผู้ดูแลในระยะแรก

2. การช่วยค้นหาปัญหาเพื่อให้การดูแล เป็นการทำให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย เมื่อมีความเข้าใจในจะสามารถรับรู้ว่ามีปัญหาที่จะต้องดูแลในเรื่องใดบ้าง การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจจะทำให้เกิดการดูแลได้อย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น

3. การสนับสนุนความรู้ในการดูแล การทำหน้าที่ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลที่ได้รับความรู้ในการดูแลอย่างต่อเนื่องจะสามารถเรียนรู้วิธีการให้การดูแลได้

4. การรับรู้ปัญหาด้านการเงินของผู้ดูแล การดูแลจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ข้อมูลและให้ความสำคัญเรื่องของเศรษฐกิจของผู้ดูแล เพื่อจะหาแหล่งสนับสนุน ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแล รวมทั้งลดปัญหาความกังวลของผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้

5. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูล การได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น และหากได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้ในระยะยาวนานต่อไป

สรุป จากประเด็นหลัก ที่เป็นส่วนประกอบในความเป็นพลวัตรในการดูแลตามแนวคิดของวิลเลียม (Williams, 2008) จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องมั่นคง เนื่องจาก ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ มีข้อตกลงซึ่งเป็นเสมือนพันธะทางใจในการดูแลร่วมกับความผูกพันในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีเจตนาดีต่อผู้ป่วยตลอดการดูแล ทำหน้าที่ในการดูแลปกป้องสิทธิ์ที่ผู้ป่วยควรได้รับด้วยการเจรจาต่อรอง หรือแสดงความคิดเห็นกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้มีความรู้ทักษะในการดูแล โดยมีการคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และตลอดการทำหน้าที่ของการดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริง

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ดีขึ้น ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีความพิการหลงเหลืออยู่อย่างถาวรเพียงร้อยละ 35.4 (Carol-Artal et al., 2009) แต่ภายในครอบครัวนับว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน จะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ โดยครอบคลุม จากเกรทบทวนวรรณกรรมภายใต้แนวคิดการดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) สามารถสังเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ ดังนี้

1. การช่วยเหลือดูแลเรื่องด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อม (Supportive Physical Environment)

1.1 ความสะอาด สุขาภิบาลของร่างกาย สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ผู้ป่วยที่เกิดความเจ็บป่วย จะมีความพิการด้านร่างกายปรากฏให้เห็น โดยมีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก พบได้ร้อยละ 58 (Carol-Artal et al., 2009) ทำให้ การเคลื่อนไหวเพื่อทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยจะ ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง การดูแลช่วยเหลือที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลคือการจัดสรรอุปกรณ์มาเตรียมให้ หรือมีการพัฒนาวัสดุอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำในห้องน้ำ มีแปรงผ้ายาวในการทำความสะดวก รวมถึงในการทำความสะดวกควรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลความสะดวกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดูแลปากฟันทุกวัน หรือทำความสะอาด

ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และดูแลความสะอาดทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย

1.2 การจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ความเจ็บป่วยที่พบ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการเคี้ยวกลืนพบได้ร้อยละ 43.2 (Flynn et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายจะไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติในขั้นตอนของการเตรียมก่อนให้อาหาร การให้อาหาร และการดูแลหลังให้อาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันการเกิดการสำลักอาหาร เมื่อให้อาหารแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ได้รับประทานอาหารได้เอง มีการจัดสรรอาหารที่เป็นอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย มีการจัดทำทางการให้อาหารรวมทั้งจัดหาภาชนะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารด้วยตนเองได้

1.3 การดูแลเรื่องการขับถ่าย ภายหลังการเกิดโรคพบความผิดปกติเกี่ยวกับการอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดหลังการขับถ่ายหรือเคลื่อนไหวจัดการให้กับตนเองได้ ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยในการทำความสะดวกหลังขับถ่าย โดยการจัดเตรียมเสื้อผ้าให้สวมใส่ หรือ จัดการเกี่ยวกับห้องน้ำให้ผู้ป่วยได้เข้าไปใช้อย่างสะดวกปลอดภัย ในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ จะพบอาการท้องผูกจากการนอน และรับประทานอาหารกากใยน้อย ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยเหลือเรื่องการจัดการเกี่ยวกับให้น้ำ และอาหารเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ร่วมกับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวย่างกาย เปลี่ยนอิริยาบถให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

1.4 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ปลอดภัย ไม่มีวัตถุกีดขวางทางเดิน ไม่จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ลาดชันเคลื่อนย้ายลำบาก และเป็นอันตรายต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีแสงสว่างที่เพียงพอ

2. การสร้างสุขนิสัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี (Cultivating Healthy Habit)

2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเคลื่อนไหวกายของข้อ การออกกำลังกาย กล้ามเนื้อทุกวัน วันละ 15-20 นาที และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

2.2 การฟื้นฟูด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ด้วยการให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามาให้การดูแลร่วมกัน ให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวนบุคคล สถานที่ และเวลา เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู หายในด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย

2.3 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ โดยการจัดทำทาง เปลี่ยนท่าทุก ๆ 2 ชั่วโมง เฝ้าระวังความเปื่อยขึ้น โดยเฉพาะตำแหน่งของปุ่มกระดูกที่มีการกดทับลงน้ำหนักมากที่สุด ร่วมกับการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนอิริยาบถให้แก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดแรงกดที่เกิดจากการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ และยังสามารถป้องกันการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งในกรณีผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะและปัสสาวะเองได้ ในการดูแลต้องควบคู่ไปกับการดูแลเรื่องความสะดวก และ การให้อาหารและน้ำ

อย่างเพียงพอ ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงที่บ่งบอกถึงเปลี่ยนแปลงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้

3. การขจัดความขัดแย้ง (Letting Out) ผู้ดูแลจะต้องควบคุมอารมณ์ ไม่พูดว่ากล่าวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แสดงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่ตำหนิว่ากล่าว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจ และให้โอกาสในการช่วยเหลือตนเอง ของผู้ป่วย พร้อมกับการส่งเสริมด้านอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยการให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดร้อยละ 35.5 มีความผิดปกติด้านความรู้สึกนึกคิด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้ทันที (Flynn et al., 2008) ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และแสดงความเข้าใจในสถานะที่ผู้ป่วยพบเจอ ไม่แสดงการตำหนิว่ากล่าว เมื่อผู้ป่วยมีการโต้ตอบ หรือแสดงอาการตอบสนองที่ล่าช้า

4. การแสวงหาวิธีการดูแล (Getting away from it) ผู้ดูแลมีการศึกษาค้นคว้าวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วเรียนรู้วิธีการดูแล จะเป็นการสร้างประสบการณ์ในการดูแลให้เกิดแก่ตนเอง ทำให้มีความมั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ซึ่ง การแสวงหาวิธีในการดูแลประกอบไปด้วยการปฏิบัติดังนี้

4.1 การเรียนรู้ข้อมูลของผู้ดูแล (Information) ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับบทบาทในการดูแลระยะแรก จะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อทำให้มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากกว่าเดิม เป็นการเริ่มต้นเข้าสู่การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ต้องการทราบ มักจะเกี่ยวกับ ภาวะโรค ความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยจากแพทย์ และ ระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Cameron & Gignac, 2008) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในระยะนี้ ส่งผลให้ ผู้ดูแลลดความตึงเครียด ให้ความร่วมมือในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย และยังเป็น การส่งเสริมการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลสนใจที่จะทำความเข้าใจในเนื้อหารายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

(Hafsteinsdottir, Vergunt, Lindeman, & Schuurmans, 2009)

4.2 การสอนทักษะปฏิบัติการดูแล (Experience) การเรียนรู้ด้วยการสอนทักษะ เป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ เทคนิคที่จะนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้เกิดความชำนาญ ผู้ดูแลมีความกล้าในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่คอยกำกับดูแล (จินะรัตน์ ศรีรัตนกัญญา, 254; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 248)

4.3 การลงมือปฏิบัติจริง หรือ การสาธิตย้อนกลับ (Trial) เป็นการส่งเสริมความสามารถด้วยการฝึกทักษะ จะส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ในด้านการดูแลแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ จนก่อให้เกิดเป็นความสามารถในการดูแลตามมาได้ (จินะรัตน์ ศรีรัตนกัญญา, 2540; จรรยา ทับทิมประคิษฐ์, 2547; จูไร เกลียงเกลา, 2547) นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างเสริม

ประสบการณ์ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหามะเร็งให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีการให้แนวทาง และความรู้ เพื่อประกอบในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหามีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ (Grant et al., 2006; Houts et al., 1996)

ผลที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้อวัยวะบางส่วนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของภาวะโรค คุณลักษณะของผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้การดูแลเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

คุณลักษณะของผู้ดูแล ตามแนวคิดของวิลเลียม

บุคคลที่จะมีคุณลักษณะผู้ดูแล ตามแนวคิดความเป็นพลวัตร ในการดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) มีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. มีการตอบสนองในการดูแลที่ยาวนาน (Enduring Responsibility) โดยผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้ความผูกพัน และความรัก ที่เป็นข้อผูกมัดให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มีความตั้งใจปรารถนาดีต่อผู้ป่วยต้องการให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี
2. จัดให้ผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นลำดับแรก (Making the patient a priority) โดยจัดให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพื่อส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี อันเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย
3. ให้การช่วยเหลือสนับสนุนยังคงอยู่ตลอดการดูแล (Supportive presence is remaining) โดยมีการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำความเข้าใจในอารมณ์ และความต้องการของผู้ป่วย และพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่
4. ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และหวังดี (Self-affirming loving connection) โดยผู้ดูแลมีความเข้าใจในความรู้สึกด้านอารมณ์ ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งความเมตตา ความรักความห่วงใยระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้ให้การดูแล และผู้ได้รับการดูแล และเป็นการดูแลที่มีความยั่งยืน

จากคุณลักษณะที่กล่าวมา พบว่าลักษณะของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การจำแนกตามลักษณะการดูแล ตามระดับ ขอบเขต ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแลระบุสถานภาพว่าเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 หน้า 19)

1.1 ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้รับประทานยา เป็นต้น ให้ความเวลาในการดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

1.2 ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีอยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษาเป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือ คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า

2. การจำแนกตามรูปแบบการดูแล สามารถแบ่งได้เป็น ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) และไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver)

2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใบญาติ หรือเพื่อนเพื่อบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน หรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และ ได้รับเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 หน้า 36)

2.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) บางครั้งเรียกผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึงการให้ความดูแลโดยไม่ต้องชำระค่าบริการ ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องคนอื่น ๆ ของผู้รับบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาในชุมชน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่พบภายหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดย สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และรูปแบบการดูแล จะเป็นแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 (Schmacher et al., 2006) ในการทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวจะต้องดำรงบทบาททั้งสมาชิกในครอบครัว และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยพร้อม ๆ กัน การรับบทบาทหน้าที่ทั้งสองอย่างในขณะเดียวกัน จะต้องมีการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความต้องการของผู้ดูแล ที่ควรได้รับความเอาใจใส่ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น

ความต้องการของผู้ดูแล

ในการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัวของผู้ดูแลนั้น จะยังไม่สามารถ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การค้นหาความต้องการ และจัดสรรในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ จะเป็นการทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ และเกิดความต่อเนื่อง จากการ ทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความต้องการของผู้ดูแลได้ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือด นับเป็นความเจ็บป่วยอย่างฉับพลัน สมาชิกในครอบครัวมิได้เคยรับรู้มาก่อน จาก การศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลพบว่า ในระยะแรก ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค และการฟื้นฟูหายจากโรค ระยะที่สอง ผู้ดูแล ต้องการทราบระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟู สามารถทำกิจกรรมได้ปกติ ระยะที่สาม เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน ผู้ดูแลต้องการข้อมูล เกี่ยวกับ ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแล การแก้ไขปัญหาที่พบในผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาในกายภาคน หน้าที่ ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากเดิม ระยะที่สี่ เป็นการนำผู้ป่วยกลับบ้าน และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ช่วยเหลือ การติดต่อเมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นในผู้ป่วย การติดตาม ของพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับรักษาตัวที่บ้าน ระยะที่ห้า เป็นระยะที่ผู้ดูแลผ่านการให้การดูแลผู้ป่วย แล้ว ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดเวลาในการพักผ่อน ช่วงเวลาพักจากการดูแล สถานที่ ที่ช่วยเหลือเพื่อให้ได้พักหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยแล้วมีความรู้สึกเหนื่อยล้า แหล่งติดต่อเมื่อพบ ปัญหาที่ไม่สามารถจัดการ ได้ รวมถึงแหล่งของการสนับสนุนต่าง ๆ เมื่อกลับสู่ชุมชนภูมิลำเนา (Cameron & Gignac, 2008)

2. ต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านผู้ดูแลจะ ยังไม่มีความพร้อม การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ โดยการชี้แนะแนวทางการดูแล หรือ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ดูแลมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถตัดสินใจ ในการให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Carod-Artal et al., 2009) นอกจากนี้ การมีแหล่งสนับสนุน วัสดุสิ่งของ หรือ อำนวยความสะดวกในการติดต่อต่าง ๆ จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้

3. ความต้องการด้านรายได้ การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องออกจากการทำงาน ทำให้ ขาดรายได้ภายในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยบางรายเป็นผู้หารายได้เข้าสู่ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดการ เจ็บป่วยจึงทำให้รายได้ภายในครอบครัวลดลง แต่มีรายจ่ายต่าง ดังเช่น ค่าเดินทางเพื่อนำผู้ป่วย มา ตรวจซ้ำ หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการจัดหาอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วย การหาแหล่งเกื้อหนุน หรือ ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลได้

4. ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความกลัว ความไม่รู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ความไม่มั่นใจที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก (สิริชชา จิราภุภทร, 2551; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหานั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความพึงเครียดในการรับบทบาทผู้ดูแลลดลง รวมถึงมีการให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ชุมชนที่อยู่ร่วมกัน จะช่วยเป็นการส่งเสริมด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้

การรับหน้าที่ในการดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว นับว่าเป็นการทำหน้าที่อันยาวนานเพิ่มอีกหน้าที่หนึ่ง นอกจากจะต้องปฏิบัติตามหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัวแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ดูแลจากการทำหน้าที่ในการดูแล เพื่อจะสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ได้อย่างดี ส่งเสริมการต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ กิจกรรมในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ผู้ดูแล จะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่ง ที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้อย่างตลอดต่อเนื่อง (Williams, 2008) การทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ได้มีการให้ความหมายที่หลากหลายดังนี้

ความหมาย

ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องให้ครอบคลุมในด้าน กิจกรรมประจำวัน การดูแลตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การประทับประคองทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และการจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อใช้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

อรศิลา ปิ่นกุล (2542) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแล หมายถึง การเรียนรู้เรื่องโรค และทักษะการปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดการพ้นหายจากภาวะโรคด้วยความเต็มใจในการเรียนรู้

วิลเลียม (Williams, 2008) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแล หมายถึง การพัฒนาสมรรถนะเพื่อทำให้เกิดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยความสมัครใจ และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ อย่างต่อเนื่องตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย

โอเร็ม (Orem, 1985) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแล หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ให้การตอบสนองความต้องการบุคคลที่ไร้ความสามารถด้วยการ มีความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) เพื่อตรวจสอบสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม เพื่อจะนำมาเป็นส่วนในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Transitional) เพื่อจะลงมือปฏิบัติในการดูแล (Productive Operation) ภายใต้อำนาจความสามารถของผู้ทำหน้าที่ดูแล

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การพัฒนาสมรรถนะการรับบทบาทผู้ดูแล ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ฝึกทักษะเพื่อนำมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วยความสนใจ มิได้ถูกผู้ใดบังคับ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิต มีความปลอดภัย และพิทักษ์สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งการปฏิบัติทั้งหมดนี้มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เป็นส่วนที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงของภาวะโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เนื่องจากผู้ป่วย มีความเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสามารถแบ่งตาม ระยะของการเกิดโรคได้ดังนี้

1. ในระยะเฉียบพลัน เป็นระยะแรกของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะปรากฏขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยได้ จากการศึกษาพบว่า การดูแลฟื้นฟูด้านความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด สามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่วันแรก ยิ่งถ้ามีการฟื้นฟูได้เร็วมากเท่าใด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูด้านความรู้สึนึกคิด ได้มากขึ้น และผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะมีความสำคัญซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูได้ดีขึ้น (Iaci et al., 2010) ผู้ดูแลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะ ของโรค และวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วย จึงจะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเรียนรู้อุปกรณ์เสริมที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์แปลกใหม่ได้ อุปกรณ์ดังกล่าว เช่น สายสวนปัสสาวะในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะได้ด้วยตนเอง การใส่สายให้อาหารทางจมูก ในการเรียนรู้ในระยะแรกนี้ เป็นการทำให้เกิดความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ (Wolff et al., 2009)

2. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรคคงที่ ผู้ดูแลจะเรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน แม้ว่าผู้ดูแลจะมีทักษะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองมาแล้ว แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผู้ป่วยมีอาการ

อ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก จะมีความยากลำบากมากกว่าบุคคลทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ก่อนปฏิบัติ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายมีความผิดปกติในการเคี้ยวกลืน จะต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ทักษะการให้อาหารอย่างถูกต้อง ทั้งขณะให้ หลังให้อาหาร รวมถึงการทำความสะอาดร่างกาย การจับถ่าย การจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งในผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงจากคนปกติโดยสิ้นเชิง (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; จูไร เกลี้ยงเกลา, 2547)

นอกจากนี้ จากภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บางส่วน ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะในการจัดท่านอน การเคลื่อนที่อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่มีโอกาสตามมาได้ (Visser-Meily et al., 2005) ในการเรียนรู้แบบแผนการรักษาผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแล มีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีแบบแผนการดูแลรักษาที่ยาวนาน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเตรียมตัวมีประสบการณ์ในการดูแลก่อน จะส่งผลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องอยู่ที่บ้านเพียงลำพังได้ (Schure et al., 2005) ในช่วงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ การเรียนรู้ทักษะ เทคนิคการดูแลที่ถูกต้อง จะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอดจากการให้อาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม เหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องมีระยะเวลา ในการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้นได้ หรือ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ (Bravata, Yieh-Ho, Meehan, Brass, & Concata, 2007)

3. ในระยะฟื้นฟู เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่มีภาวะของโรคที่กำลังกำเริบขึ้น ระยะนี้ ควรเริ่มมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายให้แก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย โดยมีการจัดให้ผู้ดูแลเข้าร่วมวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย ร่วมกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเรียนรู้ และเกิดความเข้าใจในกระบวนการดูแลรักษา รวมถึงรู้จักแหล่งติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ มีที่ปรึกษาในการดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน (จารึก ชานีรัตน์, 2545; Shyu et al., 2007) และเมื่อผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน การได้เรียนรู้วิธีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจะส่งผล ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีภาวะของโรคดีขึ้น เนื่องจากมีความต่อเนื่องของการฟื้นฟูดูแล (นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 248; Bravata, et al., 2007) นอกจากนี้ การติดตามโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นระยะ ซึ่งมีวิธีการติดตามด้วยโทรศัพท์สื่อสารในระยะเวลา 3 วันแรก และการติดตามต่อเนื่อง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จะส่งผลให้ ผู้ดูแลที่มีที่ปรึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาระหว่างการดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องรวมถึงผู้ดูแลได้รับการดูแลด้านอารมณ์ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (Dunagan et al., 2005)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโดยตรง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลบางคนอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้มีสาเหตุจากปัจจัยที่ทำให้มีความต่างกันเกิดขึ้นดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัว จะต้องความอดทนในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สิ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ของการดูแลที่ดี ผู้ดูแลจะต้องมีความผูกพันกับผู้ป่วย และมีความคุ้นเคยกัน รวมถึงการเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในบริบทคนไทยที่มีความกตัญญูต่อบิดา มารดา จะมีความสนใจในการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ้นหายจากโรค (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ทรภัทร อิมโอฐ, 2550)

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ และอาจจะเลิการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อวันที่ยาวนาน 20-24 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่ายไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาในการเรียนรู้ทักษะที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยพ้นหายที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; Carod-Artal et al., 2009; Reinhard et al., 2010)

3. ภาวะสุขภาพของผู้ทำหน้าที่ดูแล ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว จะให้ การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (Reinhard et al., 2010) เนื่องจาก การมีโรคประจำตัว ผู้ดูแลจะต้องดูแลตนเองควบคู่กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกล้า กังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยตนเองและผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดเป็นความเบื่อหน่าย เป็นภาระ ไม่อยากทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานต่อมา (Choi-Kwon et al., 2005)

4. ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นลักษณะการรับรู้ของแต่ละบุคคล หากบุคคลใดมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูง จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะความรู้สึกเบื่อหน่าย และซึมเศร้าจะน้อย แต่ถ้าหากมีความเข้มแข็งในการมองโลกน้อย ความรู้สึกเบื่อ และเศร้าจะสูงและจะไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ (วรธิดา มาศเกษม, 2552)

5. ความรุนแรงของภาวะโรคในผู้ป่วย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองมาก และมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ เปลี่ยนแปลง ความจำเสื่อมถอยจนกลายเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ส่งผลต่อความสามารถในการทำ กิจกรรมน้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 ซึ่งนับว่ามีความรุนแรงมาก (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; Carod-Artal et al., 200)

6. ภาวะเครียด ในการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียด สูงมากจะเป็นเพศหญิง ร่วมกับผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีภาวะตงงานและยังเป็นบุตรสาวคนเดียวของ ครอบครัว ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่สูงมากขึ้น จากความเครียดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เต็มที่ ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยไปแล้วมีภาวะซึมเศร้าตามมา ส่งผลให้ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยน้อยลง (Choi-Kwon et al., 2005)

7. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการได้รับการสนับสนุน ทางด้าน สิ่งของ ความรู้ อารมณ์ ของผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการแนะแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540; จูไร เกลียงเกลา, 2547; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548; Grant et al., 2006; Houts et al., 1996) แม้ว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านแล้ว การติดตามให้ความรู้ ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก จิตใจ ของ ผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลยังคงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และ จิตใจอย่างสูง เพราะจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากสำหรับผู้ดูแล และจะมีผลต่อ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ (Grant et al., 2006; Elliott, Berry, & Grant, 2009; Oktay & Volland, 1990)

8. ความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทของแต่ละท้องถิ่น มีความเชื่อ และประเพณีที่แตกต่างกัน ในประเทศที่นับถือศาสนาพุทธ ดังเช่นประเทศไทย ผู้ทำหน้าที่ในการ ดูแลผู้ป่วย จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องแม้จะไม่ได้อยู่ใน โรงพยาบาล เนื่องจากมีความเชื่อเกี่ยวกับ บาป บุญ เวิร์กรรม ทำให้ผู้ดูแลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย มีการแสวงหาความรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และมีเป้าหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูของผู้ป่วย จนกระทั่งส่งผลให้ ความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Subgranon & Lund, 2000)

การทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ทั้งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอง เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หรือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแล

ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ถ้าหากผู้ดูแลขาดการได้รับการสนับสนุนที่ดี จะก่อให้เกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้น และผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จากการศึกษาคพบว่า จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมในด้าน ความรู้ ทักษะ จะก่อให้เกิดประสบการณ์เพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบถึง วิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ต้องประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้ดูแลทั้งความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแล รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล เพื่อพัฒนา ให้เกิดเป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และในการดูแลผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษารจนกระทั่งกลับพักรักษาตัวที่บ้าน (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540; จูไร เกลียงเกลา, 2547; Grant et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยเข้ารับการรักษารจนกระทั่งจำหน่าย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างพยาบาล กับผู้ดูแลเนื่องจากความร่วมมือต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้ ต้องเริ่มจาก ความเชื่อใจ เข้าใจกันมีความเห็นใจ ระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล (Wolff et al., 2009) พร้อมกับมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่อง โรค ภาวะความรุนแรงของโรค การดูแลรักษาความเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้ป่วย ร่วมกับ การประเมินความต้องการด้านข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อให้ทราบความต้องการจากผู้ดูแลเบื้องต้น การลดความตึงเครียดแก่ผู้ดูแลในระยะแรก (จูรี รัตนเสถียร, 2550)

2. การประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแล ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในการเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่กำลังดำเนินอยู่มาก่อน มีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ในการให้ข้อมูลความรู้ หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย ควรต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลก่อน การให้ข้อมูลจึงจะตรงตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความสนใจต้องการเรียนรู้ในขณะที่ให้ความรู้และสอนทักษะต่าง ๆ (Cameron & Gignac, 2008; Hafsteinsdottir et al., 2010) อีกทั้ง การประเมินยังถือได้ว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่าง

ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยบ่งบอกถึงความใส่ใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Wolff et al., 2009)

3. การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงตามความต้องการให้แก่ผู้ดูแล และมีการวางแผนการเรียนรู้โดยมิได้เกิดจากการบังคับให้ผู้ดูแลต้องร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมสมรรถนะในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย (Williams, 2008) วิธีในการให้ความรู้ ได้แก่ การสอนด้วยสื่อการสอน ดังเช่น คู่มือ แผ่นภาพประกอบ หรือรูปภาพเคลื่อนไหว จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ยังไม่มีความรู้ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน (จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540; บรรณพรวรรณ หิรัญเคราะห์, 2552) นอกจากนี้ วิธีการสอนทักษะในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการปฏิบัติกรดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะให้การดูแลที่ซับซ้อนกว่าการดูแลทั่ว ๆ ไป ดังนั้นทักษะในการปฏิบัติการดูแลจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแล ได้ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย (จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540; Visser-Meily, Heugten, Post, Schepers, & Lideman, 2005)

4. การสรุปและทบทวนการเรียนรู้ ในการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแล จะต้องมีการสรุปประเด็นในการเรียนรู้ เพราะความหลากหลายเกี่ยวกับความรู้และทักษะยังคงเป็นเรื่องแปลกใหม่ในผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยได้มากขึ้นจึงต้องมีการสรุปประเด็นสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทราบถึงปัญหา ความต้องการผู้ดูแลของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการเรียนรู้เพื่อนำไปดูแลผู้ป่วย เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นพยาบาล ในการช่วยเหลือแนะนำ รวมทั้งยังเป็นการค้นหาปัญหาให้แก่ผู้ดูแลรายใหม่ที่ต้องการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยด้วย (จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540; Williams, 2008) และในการทบทวนในเรื่องทักษะ ควรจะต้องมีการสาธิตย้อนกลับของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (จินะรัตน์ ศรีรัตนภิญโญ, 2540)

5. การตั้งเป้าหมายในการดูแล เป็นการสร้างข้อตกลงในการดูแลให้เกิดแก่ผู้ดูแลด้วยการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลเห็นใจในการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีความเชื่อเกี่ยวกับเวรกรรม การตอบแทนบุญคุณ จะยิ่งส่งผลให้เกิดบุคคลที่จะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเกิดขึ้นได้ง่าย (Subgranon & Lund, 2000) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี (กรรณิกา คงหอม, 2546; ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

ดังนั้น เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่จะสร้างความผูกพันที่เป็นพันธมิตรทางใจกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลที่ยาวนานสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ด้วยความเต็มใจ มีความเมตตา รักและสงสารผู้ป่วย และนับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Williams, 2008)

6. สรุปปัญหา และวางแผนการดูแลร่วมกัน เป็นการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล และค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการเตรียมความพร้อม ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (Grant et al., 2006) เมื่อมีการค้นพบปัญหาที่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้มีบทบาทในการให้การดูแลคือ ผู้ดูแล และมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นผู้ชี้แนะที่ถูกต้องในการดูแล (จารึก ธานีรัตน์, 2545; นิมนต์ ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549; Shyu et al., 2007)

ระยะที่ 2 การส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่องในการดูแล เป็นระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนกระทั่ง ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด มีระยะเวลา 1 เดือน

ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแล จะเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และบริบทที่บ้านจะมีความแตกต่างกัน ในเรื่อง วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งที่ปรึกษาระหว่างการดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลจะไม่กล้าตัดสินใจจนส่งผลให้ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วย (สิริชา จิราภักดิ์, 2551; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551; Houts et al., 1996) เพื่อลดปัญหาเหล่านี้ จึงได้มีการติดตามต่อเนื่อง ดังนี้

1. การติดตามผู้ดูแล เพื่อประเมินด้าน ทักษะ ความรู้ ที่ได้เรียนรู้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึง ข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้มีการตกลงร่วมกันไว้ในขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่ประเมินแล้วพบว่ายังคงขาด ทักษะและความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งเป็นการสร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Williams, 2008) รวมทั้งการประเมินผู้ดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อทำให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกในการรับบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการดูแล ที่ต่อเนื่องและยาวนาน (Chuang et al., 2005; Leong et al., 2009) โดยมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้วยการให้กำลังใจจะนำมาซึ่งความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเกิดขึ้น (Williams, 2008)

2. การติดตามประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 40 จะมีข้อจำกัดในความสามารถทำกิจกรรม (Manns et al., 2009) การติดตามผู้ป่วยเมื่อพักรักษาตัวที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (นิภาภัทร ภักดิ์พงษ์บัณฑิต, 2548; Grant et al., 2009) เนื่องจาก การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะเป็นส่วนสำคัญในการลดการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนที่มีโอกาสจะเกิดในผู้ป่วยได้ (Tan et al., 2009) ซึ่งมีวิธีในการติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

2.1 การติดตามโดยใช้โทรศัพท์ นับว่าเป็นวิธีการสนับสนุนให้แก่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกจะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่กล้าตัดสินใจ อาจส่งผลให้เกิดเป็นความเบื่อหน่ายที่ไม่มีที่ปรึกษาในทักษะที่ต้องปฏิบัติแก่ผู้ป่วย (Dunagan et al., 2005; Oktay & Volland, 1999) เมื่อมีผู้ให้คำปรึกษา รวมถึงมีการสนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Cameron & Gignac, 2008; Grant et al., 2006) และระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์ ต้องมีระยะห่างที่พอสมควร เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ และยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ (Dunagan et al., 2005)

2.2 การติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อประเมินผู้ดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ และยังเป็นการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลจะมีความไม่มั่นใจในระยะแรกของการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพราะมีความเปลี่ยนแปลงในด้านสถานที่จากโรงพยาบาลมาสู่ที่บ้าน (เพ็ญศรี ศรีวรารมย์, 2550; สิริขชา จิราภรณ์, 2551) การติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับจะได้ส่งเสริมความรู้ ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และเป็นการส่งเสริมขึ้นในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมให้เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เนื่องจากได้รับความใส่ใจในการรับบทบาทผู้ดูแลมากกว่าสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ (นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548; Wolff et al., 2009)

ระยะเวลาในการติดตามภายหลังที่ผู้ป่วยกลับพักรักษาตัวที่บ้าน จะมีความสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วย และในการทำหน้าที่ดูแลของผู้ดูแล ด้านผู้ดูแลความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก จะเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 30 วันแรกของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลดูแลมากที่สุดเนื่องจาก ต้องรับบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวพร้อมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลา 2-3 สัปดาห์แรกจะมีโอกาสเกิดภาวะตึงเครียดได้มากที่สุด在这一 (Epstein-Lubow, Beevers, Bishop, & Miller, 2009) ส่วนในผู้ป่วยพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 30 วันเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองพบได้ร้อยละ 75 และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาล

(สุทธพร ขจรฤทธิ์, 2547) ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสำคัญในการดูแล มีดังนี้ การติดเชื้อที่ปอด จากการสำลัก การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Seliam, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นความเจ็บป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านร่างกายเกิดขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ดังเช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ รวมถึงการทำหน้าที่ทางสังคม ความบกพร่องเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลดลงเสีย จนในที่สุดมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยจะเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลหลัก ที่จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยกลับพักรักษาตัวที่บ้าน ถ้าหากการทำหน้าที่ดูแลเกิดขึ้นมาจาก ความไม่พร้อม ผลที่ได้รับจะเกิดทั้งผู้ดูแล และผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะมีความรู้สึกลำบากหน่าย เป็นภาระ และสุดท้ายจะไม่ทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย ผลต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นสาเหตุทำให้ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมและมีคุณสมบัติในการเป็นผู้ดูแลเกิดขึ้น จึงต้องมีการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแล รวมถึงมีทักษะในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในระหว่างการดูแล ได้อย่างครอบคลุม การส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่เหมาะสม ควรเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เพราะความต่อเนื่องในการส่งเสริมในด้านความรู้ ทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแล จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรับผิดชอบ ไม่โดดเดี่ยว มีที่ปรึกษาตลอดการดูแล และยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการเป็นผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจในเรื่อง การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงได้พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ลดปัญหาต่าง ๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น ทั้งด้านผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป