

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดความเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden)
3. ความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแล
5. โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ และ โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ความหมายดังกล่าวคล้ายกับความหมายที่ หน่วยงานสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ของสหรัฐอเมริกา (National Survey of Stroke) ได้กล่าวไว้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

1. มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)
2. มีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตัน หรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ (กัมมัน พันธ์จินดา, 2530; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Walker, Robins, & Weinfeld, 1981)

หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541)

1. การแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด ได้แก่ การให้ยารักษาโรคหัวใจ (เช่น ดิจิทาลิส) หรือยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic Drug) ในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลวหรือการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ

2. การแก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด โดยลดความหนืดของเลือด (Viscosity) ลดฮีมาโทคริต (Hemodilution, Dextran, หรือสารละลายของสาร โมเลกุลต่ำ) เพิ่มความสามารถในการกรองผ่าน (Filtrability) ของเม็ดเลือดแดง (เช่น Pentoxifylline) ลดการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด (เช่น แอสไพริน Sulfinpyrazole, Dipyridamole, Ticlopidine)

3. การแก้ไขความผิดปกติทางเมตะบอลิก ได้แก่ การใช้ Hypocarbica, Hypercarbica, Hyperbaric Oxygenation, ยาบาร์บิทูเรต, ยาต้านแคลเซียม, ยาที่มีฤทธิ์ตรงข้ามกับฝิ่น (Opiate Antagonist) และ Prostacyclin เป็นต้น

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลจากการศึกษา ทางคลินิก ที่แสดงว่าการรักษาโดยวิธีดังกล่าว ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกดีขึ้นกว่าการรักษาโดยวิธีประคับประคอง การควบคุมความดันเลือดไม่ให้สูงหรือต่ำเกินไป การแก้ไขภาวะขาดสารน้ำ ขาดออกซิเจน ช็อค ไข้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก

สำหรับการให้ยาต้านเลือดกลายเป็นลิ่ม (Anticoagulant) เช่น Heparin, Warfarin, มีที่ใช้ในบางกรณี ส่วนแอสไพรินนั้นใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (Recurrent Ischemic Stroke) แต่ไม่มีผลต่อภาวะสมองขาดเลือดในระยะแรก

ระดับการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ซึ่งแพทย์ และคณะ (Katz et al., 1963) ได้กำหนดกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแล อันประกอบด้วยกิจวัตรประจำวันจำนวนหกกิจกรรม คือ 1) การอาบน้ำ 2) การแต่งกาย 3) การใช้ห้องสุขา 4) การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเอง 5) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และ 6) การรับประทานอาหาร และได้แบ่งระดับของการพึ่งพาออกเป็นแปดระดับคือ ระดับที่หนึ่ง ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม ระดับที่สอง ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหนึ่งกิจกรรม ระดับสาม ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่สี่ ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่ห้า ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่หก ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเอง และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่เจ็ด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม และระดับที่แปด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยสองกิจกรรม แต่ไม่สามารถจัดอยู่ในระดับที่สามถึงระดับที่หกได้ ซึ่งการให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนี้ จะส่งผลให้เกิดความเป็นภาระแก่ผู้ดูแล แต่การให้การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกันมาก จะทำให้ภาระของผู้ดูแลแตกต่างกันด้วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระดับของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามถึงระดับที่หก เพื่อที่จะทำให้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

แนวคิดความเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden)

ความหมายและประเภทของภาระ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของคำว่า “ภาระ” หมายถึง ภาระที่หนัก การงานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระหลากหลายแตกต่างกันไป ได้แก่

ทอมสัน และดอลล์ (Thompson & Doll, 1982) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความเดือดร้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุนเคืองใจ และรู้สึกว่าแบกรับภาระ เกินตัวของสมาชิกในครอบครัว ภาระขึ้นอยู่กับประเมินค่าและการให้ความหมายของแต่ละบุคคล ภาระประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านปรนัย (Objective Component) หรืออาจเรียกว่าด้านสังคม ได้แก่ ภาระการเงิน บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแล การรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน และองค์ประกอบด้านอัตนัย (Subjective Component) หรืออาจเรียกว่าด้านความรู้สึก เช่น ความรู้สึกว่าตนรับหน้าที่มากเกินไป รู้สึกเหมือนติดกับ คือ ไม่สามารถทำอะไรหรือไปไหนได้ รู้สึกโกรธ รู้สึกถูกทอดทิ้ง

พอลช็อค และคิมลิ่ง (Poulshock & Demling, 1984) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความยากลำบาก รู้สึกเกินกำลัง ผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดในชีวิตทั้งก่อนรับบทบาทและขณะรับบทบาทผู้ดูแลแล้วก่อให้เกิดภาระการดูแล และการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว

โดยสร้างกรอบแนวคิดของภาระการดูแลและวัดผลกระทบออกมา 2 ด้าน คือ ผลกระทบต่อผู้ดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว และผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแล ในการดูแล

มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) แบ่งความเป็นภาระของผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ความเป็นภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลงมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ 2) ความเป็นภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกที่ทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเคียดแค้น ความอับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง

ไคลน์ (Klein, 1989) กล่าวถึง ภาระการดูแลว่า คือ การเผชิญกับภาระหนัก ความกดดัน และการประเมินระดับของภาระการดูแลของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา และอยู่บนพื้นฐานของระดับพัฒนาการด้านศีลธรรมและจริยธรรม ที่มีในแต่ละบุคคล สิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลประเมินและตัดสินใจออกมาจากการกระทำว่าการดูแลนั้นเป็นผลเสีย หมายถึง เป็นการกดขี่ กดดัน ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน หากเป็นผลดี หมายถึง การเสียสละ เกิดความสุขที่ได้ดูแล เกิดความภาคภูมิใจ ดังนั้น หากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นผลเสีย หรือเป็นทั้งผลดีและผลเสียแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระ

สำหรับลอว์ตัน คลีเบน มอสส์ โรวิน และกลีคส์แมน (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการดูแล ซึ่งผู้ดูแลไม่พึงปรารถนาและพึงพอใจ

บูล (Bull, 1990) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแล เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผลอันไม่พึงปรารถนาของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ สองสัปดาห์ ถึง สองเดือน

บราวน์ (Brown, 1991) กล่าวว่า ภาระหมายถึง ผลกระทบต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแลซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ จอร์จ และไกวเดอร์ (George & Gwyther, 1986 cited in Klein, 1989) ที่กล่าวว่า เป็นความยากลำบากในการดูแลที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแล

ทอมสัน และดอล (Thompson & Doll, 1982) กล่าวว่า ภาระเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งภาระจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเองและมีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก

มิลเลอร์, แมคฟอล, และมอนต์โกเมอรี (Miller, McFall, & Montgomery, 1991) ได้ให้ความหมาย ภาระว่าเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล ในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย

เรินฮาร์ด (Reinhard, 1994) กล่าวถึง ภาระว่า เป็นความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ป่วยต้องการความดูแลมากแต่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเพียงพอ และถ้าการดูแลนั้น จะต้องใช้ทักษะและความพยายามมาก ก็จะทำให้เกิดภาระ

เทสเลอร์ (Tessler, 1989 cited in Jones, 1996) กล่าวถึงภาระ ในแง่ของงานที่ผู้ดูแลต้องทำ ว่าประกอบด้วยการดูแลและสนับสนุนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการควบคุมดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วย

สรุป ความหมายของความเป็นภาระ (Caregiver Burden) หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แบ่งเป็น ความเป็นภาระของผู้ดูแลเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ และความเป็นภาระของผู้ดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการรับรู้ทัศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลแล้วเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา

การประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแล

นักวิจัยจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง (Thompson et al., 1993) เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นภาระของผู้ดูแล มีความแตกต่างกัน และยังไม่มีมาตรฐานในการประเมิน เครื่องมือประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแลที่ใช้ในปัจจุบันจึงมีความตรงด้านโครงสร้างแตกต่างกันไป (Vitaliano, Young, & Russo, 1991) แต่เครื่องมือส่วนใหญ่ประเมินความเป็นภาระของข้อมูลผู้ดูแลในลักษณะที่เป็นผลสะท้อน ของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระการดูแลสองประเภทคือ ภาระการดูแลเชิงปรนัย กับภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระการดูแลเชิงปรนัย จะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล ความเป็นส่วนตัวการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หน้าที่การงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสุขภาพ (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) หรืออาจประเมินจากจำนวนของประสบการณ์การดูแลที่

ไมตี้ (Vitaliano et al., 1991) ส่วนภาระการดูแลเชิงอัตนัย จะแสดงถึงความรู้สึก ทศนคติ หรือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) โดยเครื่องมือที่พบมีทั้งที่ประเมิน ความเป็นภาระของผู้ดูแล ด้วยภาระประเภทเดียว คือภาระ การดูแลเชิงอัตนัย (Lawton et al., 1989; Poulshock & Demling, 1984) และเครื่องมือประเมินความ เป็นภาระของผู้ดูแลทั้งสองประเภท โดยแบ่งเป็นการประเมินความเป็นภาระสองประเภท ในมิติ เดียวกัน (Kosberg, Cairl, & Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ จะเน้นรวมทั้งหมดที่ได้จาก เครื่องมือ จะแสดงถึงความเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งไม่สามารถแยกประเภทของภาระได้ ผลที่ได้จะ สะท้อนให้เห็นเพียงผลของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต่อภาระของผู้ดูแลโดยรวมเท่านั้น ส่วนอีก ลักษณะหนึ่งคือ การประเมินความเป็นภาระสองประเภท ในมิติที่แยกกัน (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985; Vitaliano et al., 1991) การประเมินในลักษณะนี้ จะเน้นรวม ของความเป็นภาระ แต่ละประเภทที่ได้จากเครื่องมือจะนำมา พิจารณาความเป็นภาระของผู้ดูแลเฉพาะประเภทนั้น ๆ ผล ที่ได้จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลในแง่ที่ ต่างกัน (Niederehe & Fruge, 1984 อ้างถึงใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539)

อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่สร้างขึ้นเหล่านี้อาจเหมาะสมที่จะประเมินความเป็นภาระของ ผู้ดูแลเพียงบางกลุ่มเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากนักวิจัยแต่ละคนสร้างเครื่องมือขึ้นมา เพื่อประเมินความ เป็นภาระของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตนสนใจเท่านั้น ข้อคำถามของแบบประเมินแต่ละชนิดจึงยึดที่ ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีลักษณะปัญหาที่เกิดจากการดูแลแตกต่างไปมาจากกลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สร้างเครื่องมือ สนใจ (Vitaliano et al., 1991) นอกจากนี้แคนเตอร์ (Cantor, 1983 อ้างถึงใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ยังศึกษาพบว่า ความเป็นภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ยังแปรผันตามความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัย จะมีเรื่องบทบาท ของผู้ดูแลเข้ามาเกี่ยวข้อง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) ดังนั้นการพิจารณานำเครื่องมือ มาใช้ในการศึกษา จึงต้องตระหนักว่าเครื่องมือดังกล่าวนี้ใช้ประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแลที่มี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใดด้วย (Vitaliano et al., 1991)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) แบ่งความเป็นภาระของผู้ดูแลออกเป็นสองด้าน คือ เชิงปรนัย และเชิง อัตนัย ซึ่งความเป็นภาระของผู้ดูแลนี้ มีทั้งความยากลำบากของการปฏิบัติงานการดูแล และความรู้สึก หรือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) ประกอบกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดนี้ ได้ ถูกสร้างขึ้นโดยแยกมิติทั้งสองออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินความเป็นภาระ

ของผู้ดูแล ในมิติที่แตกต่างกันได้และเครื่องมือประเภทนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อประเมินความเป็นภาระ ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถ ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเป็นคู่สมรส บุตร และบุคคลอื่น ๆ ซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และมี ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้น่ามากที่สุด จากการ พิจารณาตามองค์ประกอบเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าแบบประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแล ตามแนวคิด ของ มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) มีความเหมาะสมที่สุดใน การทำวิจัยครั้งนี้

มีผู้ได้นำเอาแบบประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดของ มอนต์โกเมอรี และ คณะ (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) คือ เพื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) พรชัย จุลเมตต์ (2540) ดร.ณิ คชพรหม (2543) และทศภา บุญผาสังข์ (2545) ซึ่งแบบประเมินนี้มีแบบสัมภาษณ์ ความเป็นภาระเชิงปรนัยมีจำนวน 9 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น ห้าระดับ คือ ลดลงมาก ลดลง เล็กน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เพิ่มขึ้นมาก และแบบสัมภาษณ์ความเป็นภาระเชิง อัตนัย มีจำนวน 13 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น ห้า ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานนานครั้ง เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง แทบตลอดเวลา จากบริบทของประเทศไทยการให้คะแนนต้องแยกตามแบบสัมภาษณ์ แต่ ยังมีโครงสร้างแบบเดิมไว้

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัวผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการพิการหลงเหลือ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุมหะ (2541) พบว่าผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่จะได้รับผลกระทบ จากการดูแลมากที่สุด เนื่องจากบุคคลภายในครอบครัวมักจะผลัดภาระหน้าที่ในการดูแลให้กับ ผู้ดูแลเพียงคนเดียว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อหน้าที่ทั้งในทางบวกและทางลบ

ผลกระทบในทางลบต่อผู้ดูแล มีดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

1. สุขภาพกาย เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) และ สุดศิริ หิรัญชุมหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลจะลืมนอนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา จาก การที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็น อาการที่พบได้เสมอในผู้ดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียไม่สุขสบาย อิดโรย

2. สุขภาพจิต ภาระงานที่ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของ ผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแล ได้ จากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540)

พบว่า ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ชื่นชอบที่ถูกทอดทิ้ง ให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่าย และรำคาญ รู้สึกโกรธ และฉุนเฉียวง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้หมดกำลังใจ

3. ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน และต้องรับภาระในฐานะผู้ดูแลด้วย และจากที่ผู้ดูแลต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความคลุมเครือและไม่มั่นใจในการดูแล นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ็บอารมณ์ ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน เนื่องจาก ไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม และอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ได้

4. ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และจากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) และ สุดศิริ หิรัญธนะ (2541) ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ตลอดทั้งจากเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (Siverstone & Hyman, 1982 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2535) จากการศึกษาของ วิวรรณ มุ่งเขตกลาง (2541) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน พบว่า เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 3,117 บาท ต่อเดือน

ผลกระทบในทางบวกต่อผู้ดูแล

การรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้นเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชม จากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) และจากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2540) เรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค

ตลอดเลียดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพี่น้อง ที่เห็นความสำคัญ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก

ความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันมีการศึกษาถึงความเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย

แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 50 ราย พบว่า การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน การขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือ ซักหรือเสื้อผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว การปฏิบัติกิจกรรม ทั้ง 2 นี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ทั้งภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย

จินตนา สมนึก (2540) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ในกิจกรรมการขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลโดยตรง ในเรื่อง การดูแลรักษาพยาบาล เกี่ยวกับกิจกรรม การดูแลทอหายใจ การดูดเสมหะ รับรู้ภาระในการดูแลระหว่างบุคคลในเรื่อง การสนับสนุนด้านอารมณ์ รับรู้ ภาระในการดูแลทั่วไป ในเรื่องการจัดการเดินทาง เกี่ยวกับกิจกรรมการนำผู้ป่วย ไปทำกายภาพบำบัด ความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างต่ำ

เพียงใจ ดิรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 80 ราย พบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13 และกิจกรรมการดูแลด้านการจัดการ เรื่องการเดินทาง หรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยมีคะแนนภาระการดูแลสูงสุด รองลงมา คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

เวด, เลค-สมิธ และ เฮเวอร์ (Wade et al., 1986) ศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากจำนวนผู้ดูแล 302 คนพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาหกเดือน และพบอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว

แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 1995) ได้ศึกษา การประเมินผลกระทบ และภาระการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็นเวลานานและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 1 ปีจำนวน 84 ราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 82 และมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 49 พบว่า มีปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ มีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังมีความกลัว ความผิดหวัง ความโกรธ ความกระวนกระวายใจ และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต เนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ ถึงแม้ว่า ผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 58 และได้รับบริการต่าง ๆ ในชุมชนร้อยละ 42 แต่ร้อยละ 88 ของผู้ดูแลยังคงมีความรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ร้อยละ 79 ไม่ได้เข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น ร้อยละ 55 ใช้เวลาว่างที่มีอยู่ในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และร้อยละ 35 มีปัญหากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เนื่องจากความกดดัน ความไม่เข้าใจกัน และการเพิกเฉยระหว่างสมาชิกในครอบครัวจากปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านสุขภาพภายในกลุ่มผู้ดูแล โดยร้อยละ 20 ของผู้ดูแลมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพกายกันมาก ได้แก่ โรคไขข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พอสรุปได้ว่าผู้ดูแลมีความเป็นภาระทั้งด้านความเป็นภาระเชิงประนัย ซึ่งเป็นการดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจากปัญหาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นเวลานาน สำหรับความเป็นภาระเชิงอัตนัยนั้นผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเกรงว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นมากขึ้น ความเป็นภาระจึงเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาหรือความลำบากในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเป็นภาระ เป็นการแสดงถึงความไม่สุขสบายของผู้ดูแล อันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง และอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลลดลงตาม ซึ่งจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย ผู้ดูแลจึงควรได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความเป็นภาระลดลง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแล

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 ระดับความเจ็บป่วย ระดับการพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยทำนายความเป็นภาระของผู้ดูแลได้ (Tessler, Killian, & Gubman, 1987; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถวางแผนการให้การดูแลได้

1.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความเป็นภาระของครอบครัว พบว่า จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994 อ้างถึงใน ทิพย์ประพิณ สุขเขียว, 2543)

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล

2.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เนื่องจากบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วยจึงส่งผลต่อภาระในการดูแล (Lefley, 1987) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกันและคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก “มีความสนใจร่วมกัน” จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกันจึงขึ้นอยู่ด้วยความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shives, 1986 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543)

จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอพบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าทีดูแล ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 10 (Jones, 1996) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีความเป็นภาระมากกว่า ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982) การศึกษาของ เฟียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนาย ภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 13 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย

2.2 การศึกษา การศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลมีข้อมูล และความเข้าใจใน เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาที่ด้อยกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985)

2.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ บูล (Bull, 1990) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นภาระในการดูแลสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน โอเบิร์ต โทมัส แกส และ วอร์ด (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับความเป็นภาระในการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่า ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาผู้ดูแลจะรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้ทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกันอยู่และจากการศึกษาของ เฟิงโจ คีร์ไพรวงส์ (2540) พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายภาระการดูแล

2.4 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกัน จะทำให้รับรู้ความเป็นภาระต่างกัน (Lefley, 1987) มีการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุสัมพันธ์ทางลบกับความเป็นภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่อายุน้อยจะรับรู้ว่าเป็นภาระต่ำกว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดความเป็นภาระ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือบรรเทา หรือลดความเครียดของปัญหาทางด้านอารมณ์ (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดความเป็นภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) จากการศึกษาของ กิฟเวนและคณะ (Given et al., 1988) ศึกษาปัจจัยทำนายความเป็นภาระในการดูแลของภรรยาผู้ป่วยสมองเสื่อม ในฐานะผู้ดูแล จำนวน 78 ราย พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายหนึ่งที่ทำนายภาระการดูแล จากการอภิปรายผล พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยลง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ครอบครัวพลัดภาระในการดูแลให้ผู้ดูแล

3.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีความเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

3.3 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลน้อยสอดคล้องกับ บูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มาก จะรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลน้อย จากการศึกษาทั้งสองกรณีสรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลน้อย

3.4 เขตที่อยู่อาศัย จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย (Martyns-Yellowe, 1992 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยในเขตเมืองมีภาระน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้อาศัยในเขตเมือง เนื่องจากระยะทางระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช หรือศูนย์บริการจิตเวชชุมชนกับบ้านของผู้ป่วยห่างไกลกัน และโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์บริการจิตเวชชุมชนตั้งอยู่ในเมือง จึงทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางไปรับยา หรือไปตรวจ เช่นเดียวกับการศึกษาของนักวิจัยหลายคน ที่กล่าวถึงเขตที่อยู่อาศัยของผู้ดูแลว่า ส่งผลต่อการนำผู้ป่วยมาตรวจหรือมารับยา (Dwyer & Miller, 1990)

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นเหตุการณ์กะทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ดูแลคาดการณ์ หรือนึกไม่ถึง สิ่งที่มาคือ ผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลความต้องการการดูแลของผู้ดูแลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ สาเหตุ เช่น อายุ และภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ให้การดูแล เป็นต้น ผู้ดูแลให้

การช่วยเหลือไม่เพียงแต่จะช่วยตอบสนองความต้องการ แต่ยังต้องช่วยให้ผู้ที่ต้องการพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้ มีการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

แมคลีน, โรเปอร์-ฮอลล์, เมเยอร์ และ เมน (McLean Roper-Hall, Mayer, & Main, 1991) ศึกษาถึงความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การยกตัวผู้ป่วย การจับถ่าย และการอาบน้ำ นอกจากนี้ยังต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสดูแลจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ลักษณะความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลนั้นขึ้นกับสถานการณ์ที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญ เช่น สถานการณ์ปรับเปลี่ยนจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (Transition Period) ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและต้องการการเข้าถึงความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันต้องการการช่วยเหลือแนะนำวิธีการดูแล การแก้ปัญหา ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาจากพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน เป็นต้น (Rose, 1997)

อีเกอร์ตัน และคณะ (Egertson et al., 1994 อ้างถึงใน สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ ความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่

- 1) ต้องการเวลา เนื่องจากผู้ดูแลมีเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดน้อยลง
- 2) ต้องการสนับสนุนทางสังคมและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) ต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4) ต้องการทราบวิธีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ 5) ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เมื่อบทบาทของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 6) ต้องการแหล่งช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 7) ต้องการทราบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 8) ต้องการทราบวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

เวนเนทเชน และคอร์ริแกน (Vanetizian & Corrigan, 1995) ศึกษาความต้องการด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้ ดังนี้

- 1) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 2) การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแลให้ได้อยู่เสมอ
- 3) การดำรงภาวะสุขภาพของครอบครัวให้เป็นปกติสุข และ 4) แหล่งที่ช่วยเหลือและดำรงภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยและผู้ดูแล

สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ศึกษา ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน

ระดับมาก คือ ต้องการทราบแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ต้องการทราบวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ต้องการทราบวิธีทำกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยัง ต้องการการประทับประคองจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษา ของ จินตนา สมนึก (2540) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัย จาก บุคลากรทางการแพทย์ ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เกี่ยวกับการเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจจากญาติพี่น้องและบุตรหลาน

สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, อภิชาติ ตั้งอุทัยธรรม, นภาพร กอบกิจวัฒนา และนิษา สิริบุษย์ (2546) ศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัด จันทบุรี จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 คนพบว่าญาติผู้ป่วยมีความต้องการ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่มี 6 ด้าน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 85 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค หรืออาการที่เกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 92 ข้อมูล เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ ผู้ป่วยได้รับคิดเป็นร้อยละ 56 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 87 และ ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคคิดเป็นร้อยละ 73

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้น ผู้ดูแลยังต้องการรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ถูกต้อง มีความเหมาะสมกับปัญหา สามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ จึงควรมี โปรแกรมเพื่อสนับสนุนการรับรู้ของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บททวนโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเพื่อลดความเป็นภาระ

ได้มีการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อลดความเป็นภาระ ดังนี้

การศึกษาของ พรินท์เฟดเดอร์เซน (Printz-Feddersen, 1990) โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการลดความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ดูแล จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 38 ราย โดยร้อยละ 72 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 คือ คู่สมรส และมีอายุเฉลี่ย 64 ปี พบว่าผู้ดูแลมีสุขภาพดีถึงดีมาก ร้อยละ 69 และพบว่าระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มที่เข้าร่วมขบวนการกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้ภาระการดูแลเชิง ปรนัย ในด้านการรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และในด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล แต่ผลการศึกษา ชี้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ เนื่องจากบทบาทการดูแลนั้นเป็น บทบาทที่คู่สมรสจะต้องกระทำอยู่แล้วตามความคาดหวังของสังคม ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมหรือ สังสรรค์ในสังคมนั้นพบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาพอ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ในด้านภาวะ

อารมณ์ พบว่า ผู้ดูแล เกิดความซึมเศร้า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ร้อยละ 18 เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวได้มาก ร้อยละ 71 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน และมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่ต้องการความช่วยเหลือมาก ขณะเดียวกันพบว่า ผู้ดูแลไม่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากมีรายได้มากกว่า 10,000 ดอลลาร์ ต่อเดือน ถึงร้อยละ 95

การศึกษาของ ไกท์ลิน, วินเตอร์, คอร์คอเรน, เดนนิส ไชนฟิลด์ และฮอค (Gitlin Winter, Corcoran, Dennis, Schinfeld., & Hauck, 2003) โดยใช้โปรแกรมการสร้างทักษะจากภาวะแวดล้อมที่บ้าน ของผู้ดูแลต่อการรับการดูแลในระยะเวลา 6 เดือน ศึกษาจากจำนวน 255 ครอบครัว ที่มีผู้ป่วยอัลไซเมอร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โปรแกรมนี้ได้จัดหาข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้ในกระบวนการเกิดโรค เทคนิคการตัดสินใจปัญหาจากพฤติกรรมนั้น และการใช้ทักษะในการดูแล พบว่า ผลของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลมีผลต่อความเป็นภาระด้านอัตราย ซึ่งลดความเป็นภาระในการดูแล เพิ่มการมีภาวะสุขภาพดีได้

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาถึงผลการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย พบว่า ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตราย ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์

การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นรูปแบบของการให้ข้อมูลในกระบวนการเกิดโรค การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เทคนิคการตัดสินใจ ปัญหา การใช้ทักษะในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอยู่ใสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การเผชิญปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหาที่ยังคงมีอยู่ แต่ยังไม่มรูปแบบที่ชัดเจนและครอบคลุม ใน 4 องค์ประกอบสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีความรู้ ความเข้าใจในงานการดูแลผู้ป่วย ความยากลำบากที่เกิดจากงานการดูแลจะได้ลดลง และมีเวลาเป็นอิสระส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้การรับรู้ความเป็นภาระลดลง

โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ (The Quality-Caring Model) และโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ สร้างขึ้นโดย ดัฟฟี และฮอสกินส์ (Duffy & Hoskins, 2003) เป็นการผสมผสานระหว่าง การดูแลมนุษย์ และการดูแลอย่างมีคุณภาพ ของวัตสัน (Watson, 1985) โดยนำสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ มาใช้เป็นแนวทางใน

การดูแลอย่างมีเหตุผล สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ให้เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ และสามารถทดสอบได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และครอบครัว เปิดเผย และแสดงให้เห็นคุณค่าของการพยาบาล โมเดลนี้เป็นการผสมผสานระหว่างชีววิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี

ส่วนประกอบของโมเดลนี้ คือ

1. โครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1 บุคลากรด้านสุขภาพ

1.2 ผู้ป่วย และครอบครัว

1.3 ระบบการดูแลสุขภาพ

2. กระบวนการ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของการให้การดูแล ระหว่างผู้ป่วย และครอบครัวกับพยาบาล ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของการให้การดูแล ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาล ความสัมพันธ์ ของการให้การดูแล แบ่งเป็น 2 ความสัมพันธ์ คือ

2.1 ความสัมพันธ์เชิงอิสระ (Independent Relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์ในการดูแล ระหว่างผู้ป่วย และครอบครัวกับพยาบาล ความสัมพันธ์ของการให้การดูแลนี้ แสดงถึงบทบาทอิสระ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ ความเป็นเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ

2.2 ความสัมพันธ์ เชิงร่วมมือกัน (Collaborative Relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์ประสานความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ

ในด้านกระบวนการตามโมเดลนี้ คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย และครอบครัวนั่นเอง โดย ดัฟฟี และฮอสกินส์ (Duffy & Hoskins, 2003) ได้เสนอตัวอย่าง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมว่า ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านความสัมพันธ์ในการดูแล ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย

2.2.1 การส่งเสริมการเรียนรู้ผู้ป่วยและครอบครัว

2.2.2 การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.2.3 ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวัน

2.2.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในแต่ละวัน ในเรื่อง การรับประทานอาหาร

และยา การออกกำลังกาย

ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรมที่พยาบาลสามารถคิดแปลงในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์อื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

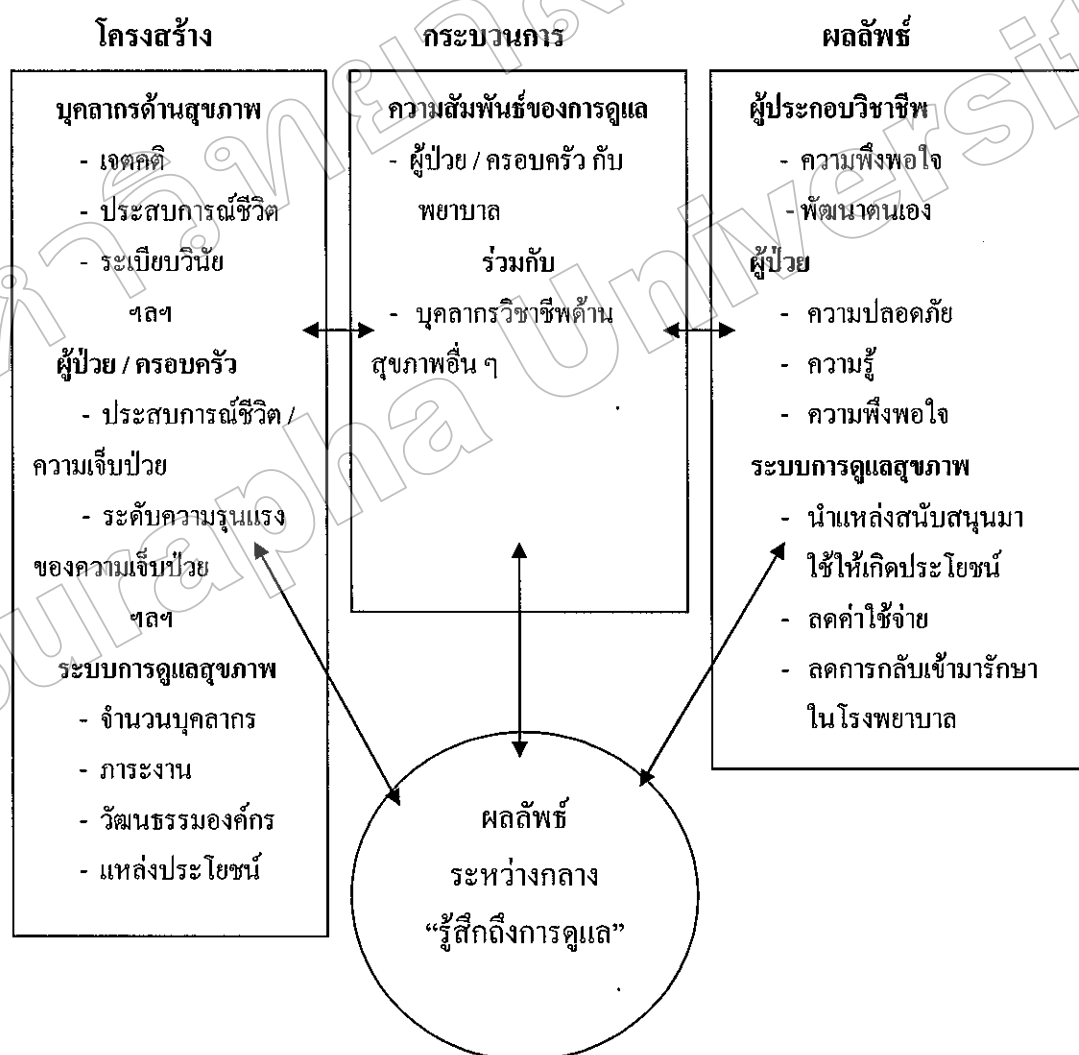
3. ผลลัพธ์การดูแล

3.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน และการพัฒนาตนเอง

3.2 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว มีความปลอดภัยจากโรคที่เป็นอยู่ ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจ

3.3 ผลลัพธ์ต่อระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การนำแหล่งสนับสนุนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ สามารถค่าใช้จ่ายและการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ทั้ง 3 อย่างนี้มีความเป็นพลวัตร และสามารถปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ

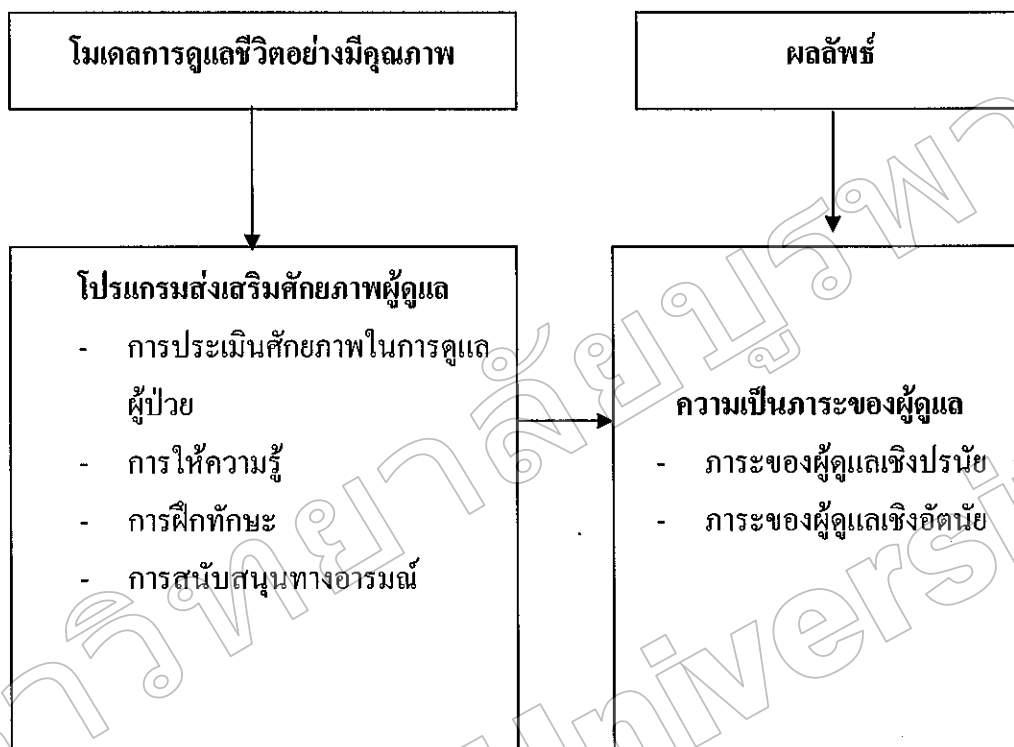
แต่ละองค์ประกอบต้องได้รับการประเมินให้มีคุณภาพการดูแลเป็นระยะ นำไปชี้แนะการกระทำที่เป็นพื้นฐานกิจกรรมการพยาบาล ให้มีความรู้ความชำนาญที่เป็นเอกลักษณ์ ทำให้มีสัมพันธภาพเกิดขึ้นในการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นการทำงานที่เป็นกิจวัตร สัมผัสได้และวัดได้ โดยใช้ศาสตร์เริ่มต้นในการดูแลมีความเป็นเหตุเป็นผลและชัดเจนในเชิงทฤษฎี เปิดเผยคุณค่าการทำงานของพยาบาลที่ซ่อนเร้นอยู่ พร้อมทั้งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการมีชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยประกอบวิชาชีพในทีมสุขภาพ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะของความสัมพันธ์ในการดูแลนั้นนอกจากไม่ได้บรรเทาความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และระหว่างทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลแต่เพียงอย่างเดียว ยังได้สนับสนุนและคำจูงวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติและการวิจัยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพพัฒนาองค์ความรู้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ มาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำเอาองค์ประกอบด้านกระบวนการในโมเดลของการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอิสระระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดย 1) การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การนำความรู้ที่ได้จากแผนการสอนและคำแนะนำจากผู้วิจัย ไปสังเกตภาวะทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแล 2) การให้ความรู้ ประกอบไปด้วย การสอน การสาธิต โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ความหมายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงของ โรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย มีการพิจารณาให้เหมาะสมกับวัย ประสบการณ์แบบแผนการดำเนินชีวิต ความรู้ ความสามารถและความถนัดของผู้ดูแล ตรวจสอบความเข้าใจ และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ในระหว่างดำเนินการสอน มีวิธีการที่เหมาะสม และชัดเจน 3) การฝึกทักษะ ประกอบไปด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และแก้ไขความผิดปกติที่พบได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนและส่งเสริมความเชื่อในการแก้ปัญหาที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ได้รับการประทับประคองด้านอารมณ์ พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดูแล หากผู้ดูแลได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลแล้ว จะส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจในงานการดูแลผู้ป่วย ทำให้ความยากลำบากที่เกิดจากงานการดูแลลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้การรับรู้ความเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพตามกรอบแนวคิด