

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease (CVD)) หรือที่คนไทยเรียกโรคนี้ว่า “ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ” (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการทางระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาการคงอยู่นานอยู่เกิน 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Walker, Robins, & Weinfell, 1981 cited in Kelly-Hayes, 1991)

1. การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดออกมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)
2. การแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการติดเชื้อม

อุปกรณ์

จากการสำรวจทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Internet) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 400 ล้านคน (Nua Publish, 2001 a cited in Pierce, 2002) ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง สำหรับประเทศญี่ปุ่นและจีน พบว่า เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ในประเทศตะวันตก พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 200 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมีอุบัติการณ์เกิดในชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะช่วงวัยกลางคนและอัตราการเกิดก็จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) สำหรับในประเทศไทย ได้มีการศึกษา อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง จำนวน 1,361 รายในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2526 พบว่ามีอัตราเท่ากับ 690 ต่อ 100,000 ของประชากรที่มีอายุเกิน 20 ปี ล่าสุดในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการศึกษาวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ (เกิน 60 ปี) ในชนบท 4 ภาคทั่วประเทศพบว่า มีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกับประชากรในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และจากสำรวจในประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีจำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน (สถาบันประสาทวิทยา, 2544)

พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก จะมีพยาธิสรีรวิทยาตามมาเหมือนกัน คือ เกิดภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน (Hypoxic-Ischemic Brain Damage) และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (Increased Intracranial Pressure) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2539) ประมาณร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมอง (Occlusion of a Cerebral Artery) นอกนั้นอีกประมาณร้อยละ 15-20 เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Evans & Williams, 1992; Bratina et al., 1997; Hickey, 1997)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองนี้จะแบ่งกล่าวตามสาเหตุ คือ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) จากการตีบ อุดตันของหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด (Hemorrhagic Stroke) และกลุ่มอาการและอาการแสดงแยกตามสาเหตุการเกิดพยาธิสภาพ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Evans & Williams, 1992; Bogousslavsky & Caplan, 2001)

1. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจากการตีบและอุดตันของหลอดเลือด ในคนทั่วไป จะมีจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral Blood Flow: CBF) ประมาณนาทีละ 750 มิลลิลิตร หรือประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อสมอง 100 กรัมต่อนาที หากเกิดภาวะการอุดกั้นการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงหรือมีการไหลเวียนน้อย เนื่องจากสาเหตุที่เกิด

จาก thrombosis (Thrombosis) ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด มักจะเกี่ยวกับหลอดเลือดตีบและรบกวนการไหลเวียนของเลือด ทำให้ขัดขวางต่อการไหลของเลือดที่มาถึงสมอง หรือสาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจาก มีก้อน emboli (Emboli) หลุดลอยมาอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งมักเป็นผลมาจาก โรคหัวใจทำให้เกิดก้อนลิ่มเลือด (Thrombus) ในหัวใจ ก้อนลิ่มเลือดจะแตกเป็นก้อนเล็ก ๆ คือ emboli จะลอยไปตามกระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ในผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Atrial Fibrillation และ Atrial Flutter ร่วมกับมีลิ้นหัวใจตีบมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองจาก emboli ได้มาก

ถ้าเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือเพียงร้อยละ 35-40 ของค่าปกติ (คือเท่ากับ 20 มิลลิตร ต่อสมอง 100 กรัมต่อนาที) จะมีผลทำให้การนำส่งออกซิเจนของเลือดสู่สมองไม่เพียงพอ ดังนั้นการเผาผลาญกลูโคสของสมองเพื่อให้พลังงานทำได้ไม่เหมือนเดิม ต้องใช้กระบวนการ anaerobic Glycolysis มีผลทำให้กรดแลคติกคั่งในสมองเป็นปริมาณมาก ถ้าหาก CBF ยังลดต่ำลงไปอีก (เช่น ต่ำกว่า 8 มิลลิตรต่อสมอง 100 กรัมต่อนาที) จะทำให้เมแทบอลิซึมของเซลล์ประสาทของสมองเสียความสามารถในการเก็บกักโปรแตสเซียม โปรแตสเซียมจึงออกมานอกเซลล์มาก ในขณะที่เดียวกันแคลเซียมก็จะทะลักเข้าไปสู่ภายในเซลล์ ทำให้เซลล์บวมและแตกสลายไปในที่สุด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้ CBF กลับมาสู่ระดับปกติ เซลล์ประสาทสมองจะไม่สามารถฟื้นตัวกลับมาตามเดิมได้ ถ้าหากขาดเลือดอย่างสิ้นเชิงเพียง 5 นาที ก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท ในขณะที่ถ้าขาดเลือดเพียงบางส่วน เซลล์ประสาทจะอยู่ได้นานถึง 2-3 ชั่วโมง ความเสียหายของเซลล์ประสาทมากขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณเลือดที่ขาด ระยะเวลาที่ขาดเลือด หรือวงจรเสริม (Collateral Circulation) เป็นต้น

การขาดเลือดของสมองจากการตีบและอุดตันของเส้นเลือด พบได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1.1 สมองที่ขาดเลือดอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น กรณีของโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดตีบ (Thrombotic Stroke) มักพบในผู้สูงอายุ และเกิดในขณะนอนหลับหรือพัก อาการและอาการแสดงแบ่งได้ ดังนี้

1.1.1 สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ซึ่งเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นประมาณ 5-30 นาที และจะหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง อาการและอาการแสดงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่หลอดเลือดไปเลี้ยง คือ ถ้าเป็น Carotid และ Cerebral Artery จะมีอาการตาบอดข้างเดียว รู้สึกขาไปครึ่งซีก เป็นอัมพาตครึ่งซีก มีความผิดปกติในการพูด สับสน ส่วนที่ Vertebral Artery จะมีอาการ เวียนศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ชา พูดตะกุกตะกัก ลานสายดาพร่อง ไปอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมี

อาการของสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวนั้นมาก่อนและจะเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง ถึง 100 ครั้ง ในช่วงเวลาเป็นชั่วโมง สัปดาห์ หรือเป็นปี ๆ ก่อนเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด (Stroke in Evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่ทีละน้อย อาการของความพิการของสมองยังไม่สิ้นสุด กำลังเป็นและกำลังจะเป็นมากขึ้น อาจเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายจากหลอดเลือดอุดตันก็ได้ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดไปเลี้ยงเช่นเดียวกับการขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว แต่อาการจะรุนแรงมากกว่า

1.1.3 โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (Complete Stroke) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่โดยสิ้นเชิง อาการจะคงที่และเป็นอย่างถาวร อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดไปเลี้ยง และขนาดของเนื้อสมองที่มีพยาธิสภาพ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก ลานสายตาเสียครึ่งซีก หรือตาบอดครึ่งซีก มีอาการผิดปกติของเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve Palsis) และหมดสติ (Coma) เป็นต้น

1.2 สมองที่ขาดเลือดกะทันหัน เช่น กรณียของเอ็มโบลีย (Emboli) ไปอุดตันหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Embolic Stroke) จะทำให้เกิดเนื้อตาย (Infarct) ของสมองส่วนที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยง สมองที่เกิดเนื้อตายในระยะเฉียบพลัน (Recent Infarct) จะบวมมาก เนื่องจาก Blood Brain Barrier เสียไป ทำให้มีของเหลว (Fluid) ซึมออกมา เนื้อสมองตายขนาดใหญ่จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ผลที่ตามมาคือ Brain Herniation, Brain Stem Hemorrhage หรือ Obstructive Hydrocephalus เป็นผลแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หากในกรณีที่เนื้อสมองไม่ถูกทำลายมาก อาการบวมของสมองและการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะอาจลดลงภายใน 3-5 วัน และจะค่อย ๆ หายไป การฟื้นขึ้นอยู่กับการที่เนื้อสมองตายมาน้อยเพียงใดตายบริเวณใด และมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพอื่น ๆ ในสมองหรือไม่ ซึ่งการฟื้นอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาเป็นชั่วโมง หรือเป็นสัปดาห์หลังเกิด Stroke ผู้ป่วยบางรายแม้เวลาผ่านไปเป็นเดือน ๆ อาการอาจไม่ดีขึ้น และมีโอกาสที่จะเกิด Stroke ซ้ำได้ใหม่อีกถ้าไม่รักษาสาเหตุ ซึ่งทั้งภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทროมบัสหรือเอ็มโบลิสต์ จะมีกลุ่มอาการเฉพาะ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนี้มักจะซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงกัน เช่น โรคหัวใจ ลิ้มเลือดที่หลุดลอยออกมาจากหัวใจส่วนใหญ่จะลอยเข้ามาในระบบการไหลเวียนเลือดของสมองตาม Carotid Artery ถ้าก้อนเลือดมีขนาดใหญ่จะอุดตัน internal Carotid Artery ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก ลิ้มเลือดอุดตัน Middle Cerebral Artery ทำให้เกิดอัมพาต หูไม่ได้ ถ้าลิ้มเลือดเข้าไปในสมองตาม Vertebral Artery มักจะอุด Posterior Cerebral Artery ทำให้เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา

2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การแตกของหลอดเลือดสมองในที่นี้จะกล่าวถึง Spontaneous Hemorrhage ซึ่งแบ่งจะเป็น 2 ประการคือ เลือดออกในสมอง (Intraparenchymal Hemorrhage) และเลือดออกในชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage) ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดของ Parenchymal Hemorrhage คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (พบได้มากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเลือดออกในสมองทั้งหมด) ส่วน Subarachnoid Hemorrhage นั้นสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (Rupture of Cerebral Aneurysm) ส่วนสาเหตุอื่นได้แก่ Brain tumour ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Bleeding Disorder) เป็นต้น ภาวะ Parenchymal Hemorrhage เมื่อเกิดเลือดออกในเนื้อสมอง ก้อนเลือดจะกดเบียดเนื้อสมองรอบ ๆ นอกจากจะเกิด Mass Effect จากก้อนเลือดแล้ว เนื้อสมองรอบ ๆ จะบวมมาก ในวันที่ 2 จะเริ่มเห็นเนื้อสมองที่ถูกกดตาย และมีการอักเสบเช่นเดียวกับ Infarct ในวันที่ 5 จะมี Macrophage และ Fibroblast รอบ ๆ ก้อนเลือด เม็ดเลือดจะค่อย ๆ สลายกลายเป็น Haemosiderin Pigment มี Macrophage เข้ามาเก็บกิน เนื่องจากเลือดที่ออกมามักจะกัดเซาะไประหว่างใยประสาท บริเวณที่เลือดออกเก่า ๆ จึงเห็นเป็นช่องแคบ (Slit) ขอบสีน้ำตาลส้ม ซึ่งเป็นสีของ Haemosiderin Pigment ส่วนภาวะ Subarachnoid Hemorrhage เลือดที่ออกจะผสมไปกับ CSF บางส่วนไหลกลับย้อนผ่าน Arachnoid Granulation เมื่อเม็ดเลือดแดงสลาย (Hemolysis) จะเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง นอกจาก Leukocyte ที่เข้ามาแล้วจะมี Fibrin และ Protein ซึมจากหลอดเลือดเข้ามาปนกับ CSF การอักเสบนี้จะอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ เม็ดเลือดแดงที่สลายจะค่อย ๆ ถูกกำจัดไปจนเหลือแต่ Haemosiderin Pigment, และ Fibrosis ของ Leptomeninges และ Arachnoid Granulation ผลแทรกซ้อนของภาวะ Subarachnoid Hemorrhage คือ Cerebral Infarct ซึ่งการเกิด Infarct นี้อาจเนื่องมาจาก Vasospasm หรือเกิดจากการบีบตัวของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ และผลแทรกซ้อนอีกอย่างคือ Hydrocephalus เนื่องจากปฏิกิริยาการอักเสบต่อเม็ดเลือดที่สลายทำให้เกิด Fibrosis ของ Arachnoid Granulation การดูดซึม CSF จึงเสียไป

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาการที่ปรากฏจะคงที่ภายในนาทีหรือชั่วโมง (เฉลี่ย 1-24 ชั่วโมง) มักไม่มีอาการเตือน อาการจะยังคงอยู่นิ่งกระทั่งก้อนเลือดถูกดูดซึมไป ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และถ้าเลือดออกเพียง 50 มิลลิเมตรหรือมากกว่าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ก้อนเลือดในสมองจะเบียดและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น การที่เลือดออกมาก ๆ จะทำให้ก้านสมองถูกกดเกิด Herniation ผู้ป่วยจะหมดสติและตายได้ถึงร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกใน

สมองบางคนจะมีอาการ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ชัก เป็นอัมพาตครึ่งซีก ความรู้สึกตัวเสียไปจนหมดสติได้

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษามีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลง มีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้ ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2539)

1. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองอุดตัน มีการรักษา ดังนี้

1.1 การแก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด ได้แก่ การเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือด (Viscosity) ลดฮีมาโทคริต (Hemodilution, Dextran, หรือสารละลายโมเลกุลต่ำ) เพิ่มความสามารถในการกรองผ่าน (Filtrability) ของเม็ดเลือดแดง เช่น Pentoxifylline ลดการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) และให้ยาละลายไฟบริน (Fibrinolytic agent) เช่น Streptokinase เป็นต้น สำหรับการให้ยาด้านเลือดกลายเป็นลิ่ม (Anticoagulant) เช่น Heparin, Warfarin จะใช้ในกรณีที่ใช้แอสไพรินแล้วไม่ได้ผล

1.2 การแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนของเลือด ได้แก่ การให้ยารักษาโรคหัวใจ เช่น ดิจิทาลิส หรือยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic) ในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลวหรือมีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ

1.3 การแก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิก ได้แก่ การใช้ Hypocarbica, Hypercarbica, ยาบาร์บิทูเรต ยาต้านแคลเซียม เป็นต้น

1.4 การรักษาภาวะสมองบวม อาการขาดเลือดของสมองมักทำให้เกิดสมองบวม อาการบวมของสมองบางครั้งรุนแรงมากทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (Brain Herniation) รักษาโดยใช้ Steriod, Mannitol, Glycerol ยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide เป็นต้น

1.5 การรักษาความดันเลือด เป็นแนวทางการรักษาโดยวิธีประคับประคองในระยะแรกที่สำคัญยิ่ง ควรรักษาระดับความดันเลือดให้พอเหมาะ คือ ไม่ต่ำหรือสูงเกินไป ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงไม่ควรลดให้ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายมากขึ้น นอกจากนั้นการแก้ไขภาวะขาดน้ำ ขาดออกซิเจน ช็อค ใช้ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ก็เป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่สำคัญยิ่งเช่นกัน

1.6 การรักษาโดยวิธีการทำผ่าตัด ในระยะแรกที่เกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน ทำได้ 2 วิธีคือ Endarterectomy ที่หลอดเลือดแดง Carotid และการต่อหลอดเลือดภายนอกและภายในกะโหลกศีรษะ (Extracranial-intracranial Bypass) ซึ่งทั้งสองวิธีนี้หวังผลเพื่อเพิ่มเลือดไปยังบริเวณสมองที่ขาดเลือด แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษา โดยการผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด พบว่าไม่แตกต่างกัน การรักษาโดยการผ่าตัดอาจได้ผลดีในผู้ป่วยบางราย ต้องเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมและ ศัลยแพทย์มีความชำนาญ

2. โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันไม่ให้เลือดออกอีก และลดความดันในกะโหลกศีรษะ มีหลักการรักษาดังนี้

2.1 การควบคุมความดันโลหิตสูง ให้ยาลดความดันโลหิตในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก และมีโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิม ยาลดความดันที่นิยมใช้ คือ โซเดียมไนโตรพรัสไซด์ (Sodium Nitroprusside) ปกติมักจะควบคุมให้ความดันโลหิตลดลงไม่เกินร้อยละ 20-30 ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และมีความดันเลือดซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) สูงเกิน 200 มิลลิเมตรปรอท และลดลงร้อยละ 15-20 ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดซิสโตลิก 160-170 มิลลิเมตรปรอท หรือควบคุมให้ความดันเลือดอยู่ระหว่าง 160-170/95-100 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่มีความดันเลือดสูง และ 180-185/105-110 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงมาก่อน

2.2 การลดสมองบวม ยานี้นิยมใช้ คือ Mannitol ใช้ในผู้ป่วยที่เตรียมทำการผ่าตัด Dexamethasone ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก

2.3 การผ่าตัด ที่นิยมทำมี 2 วิธี คือ การทำผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (Ventricular Drainage) และการทำผ่าตัด โดยวิธีผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Craniotomy) และเปิดกะโหลกศีรษะออก (Craniectomy)

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคคือ ปัจจัยที่บุคคลเมื่อได้รับสิ่งนั้นหรือมีสิ่งนั้นเป็นเวลานานพอสมควรจะทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือโรคเกิดขึ้น ในกรณีโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของโรคนี้ ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ดังต่อไปนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Kelly-Hayes, 1991)

1. ความดันเลือดสูง นับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 จะมีความดันเลือดสูงร่วมด้วย และผู้มีความดันเลือดสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะเวลาเป็นโรค และความรุนแรงของภาวะความดันเลือดสูงใน

แต่ละราย ความดันเลือดที่สูงขึ้นนี้มักจะสูงทั้งความดันเลือด Systolic และ Diastolic มีบางรายงานกล่าวว่าความดันเลือด Systolic จะเป็นตัวบ่งชี้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าความดันเลือด Diastolic (Dennis & Warlow, 1987) อย่างไรก็ตามความดันเลือดสูงก็เป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตันและแตกได้ โดยหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous Intracerebral Hemorrhage) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะความดันเลือดสูง ตำแหน่งที่มีเลือดออกในสมองจะพบหลอดเลือดโป่งพองเล็ก ๆ (Microaneurysm) ส่วนหลอดเลือดสมองอุดตันพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันเลือดสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (Atherosclerosis) เพิ่มขึ้น ดังนั้นหลอดเลือดสมองจึงเกิดภาวะ Cerebral Atherosclerosis ตามมา และในที่สุดจะเกิดภาวะ Cerebral Thromboembolism ในที่สุด โดยสรุปก็คือ ภาวะความดันเลือดสูงนั้นจะเร่งการเกิดตะกรันของหลอดเลือดแดง (Atheroma) ทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็ง และทำให้เกิดมีลิ่มเลือดในหลอดเลือดตำแหน่งนั้น (Thrombosis) หรือมีการหลุดของ Emboli จากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดตันหลอดเลือดในสมองส่วนปลาย ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (Cerebral Infraction) ตามมา

2. โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอันหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นแผ่วระรัว (Atrial Fibrillation หรือ AF) พบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic Heart Disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่า ของคนปกติ สำหรับโรคหัวใจอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือดก็พบร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย นอกจากนี้โรคของลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) การติดเชื้อของเยื่อหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ (Bacterial Endocarditis) รวมทั้งการอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก (Non Bacterial Thrombotic Endocarditis) ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเอ็มโบไล (Emboli) หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

3. โรคเบาหวาน เป็นที่ยอมรับกันว่ากลไกของโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) และความดันเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ยอมรับกันว่าสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสรอหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงนี้ไม่แตกต่างกันในเพศและอายุ และยังไม่มียาว่าการควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตราการ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง และถ้าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงทั้งโรคเบาหวานและความดันเลือดสูงร่วมกัน โอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้น

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น ภาวะที่มี Cholesterol, Triglyceride, Low Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดสูง และ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสูง แต่ก็พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ และยังไม่พบรายงานถึงความสัมพันธ์ของระดับไขมันในหลอดเลือดกับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างแน่ชัด

5. ภาวะที่มีฮีมาโตคริต (Hematocrit) สูง ผู้ที่มีฮีมาโตคริตสูงหรือมีปริมาณฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเลือดสูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากสมองตายจากการขาดเลือดได้มาก ทั้งนี้เพราะภาวะฮีมาโตคริตสูงจะทำให้เลือดมีความหนืดและมีการไหลเวียนของเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพตีบแคบอยู่แล้ว และพบว่าผู้ที่มีความดันเลือดสูงและการสูบบุหรี่มักจะมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดสูง

6. อายุและเพศ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มักพบได้ในผู้สูงอายุเช่น ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน เป็นต้น สำหรับเพศนั้นพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้มากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 และอุบัติการณ์การเกิดดังกล่าวจะแตกต่างกันมากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมองพบมากในเพศหญิง และมีความแตกต่างกันมากในกลุ่มสูงอายุโดยมีความเชื่อว่ามีอิทธิพลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง

นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พฤติกรรมของบุคคลที่อาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของโรคนี้ สรุปได้ ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Kelly-Hayes, 1991)

1. การสูบบุหรี่ มีการศึกษามากมายที่สนับสนุนว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ เพราะการสูบบุหรี่ปริมาณมากมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับของ Cholesterol การลดระดับของ HDL และเพิ่มการหลั่งของ Catecholamine ยิ่งไปกว่านั้นปริมาณ Carbon Monoxide ที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial Cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น มีรายงานพบว่า การสูบบุหรี่เป็น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันในคนที่อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติสองเท่า ในทำนองเดียวกันพบว่าหญิงที่สูบบุหรี่มากกว่าหนึ่งซองต่อวันและไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นสองเท่าของคนไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่จะมีผลอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และในกลุ่มที่สูบบุหรี่จัด

2. แอลกอฮอล์ ยังไม่มีการสรุปถึงความเห็นอย่างแน่ชัดว่าแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) แต่อาจมีความสัมพันธ์กันบ้างกับการเกิดเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกในชั้นอะแรนรอยด์ แต่แอลกอฮอล์ก็อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง กล่าวคือ อาจจะขึ้นอยู่กับความดันเลือดสูงได้

3. ความอ้วน ความอ้วนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันเลือดสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง มีการศึกษาพบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในเพศหญิง

4. ภาวะการขาดการออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้อ้วนและเกิดความเครียด และยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายคือ LDL ลดลงและทำให้ไขมัน HDL เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัวอีกด้วย ดังนั้นการขาดการออกกำลังกายจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมากแต่ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เด่นชัดนัก

5. การรับประทานยาคุมกำเนิด การรับประทานยาคุมกำเนิดจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6-7 เท่าถ้ามีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเป็นได้ทั้งหลอดเลือดสมองอุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ มักพบที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ได้มากหลังพ้นจากภาวะวิกฤติ ดังนั้นจึงมีปัญหามากมายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ความบกพร่องของร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนเมดัลลาและสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี

พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองซีกหนึ่ง จะเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวด้านตรงกันข้าม กับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ จะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายได้ก็จะมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง (Hemiparesis) หรือเป็นอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ซึ่งอาการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแขนขาหนักยกไม่ขึ้น ทำให้ละเลยอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ตามมา แขนขาที่อ่อนแรงเกิดการบวมทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากนั้นเวลาต่อมาจะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อมือ ข้อศอก ข้อเข่า นิ้วมือกำแน่น นิ้วเท้า งอเข้าและข้อสะโพกกางออก ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือเจ็บจะทำให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการปวดไหล่ และตามมามีข้อไหล่ติดซึ่งพบว่าเป็นข้อที่ติดมากที่สุด (อรจักร โดษยพันธ์, 2534)

1.2 ความผิดปกติของการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกเด่น (อรจักร โดษยพันธ์, 2539) โดยความผิดปกติที่พบ เช่น พูดไม่ได้ (Aphasia) พูดไม่ชัด (Dysarthria) ซึ่งผู้ป่วยบางรายจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะ ตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้หรือบางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง บริเวณ โบรคา (Broca's Area) และในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (Alexia) เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's Area) นอกจากนี้อาจเกิด จากสาเหตุอื่น เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำให้พูดไม่ชัด ซึ่งจากความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านการติดต่อสื่อสาร เพราะ ไม่สามารถทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจความคิดของตนได้ และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจใน สิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมา (นุกูล ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2537; Ragsdale et al., 1993) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วย ไม่สามารถสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจความคิดของตนได้จึงเกิดความคับข้องใจตามมา

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร ภาวะการกลืนลำบากพบในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30-65 (Roth & Harvey, 1996 cited in Travers, 1999) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 12 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคี้ยว การเคลื่อนไหวของลิ้น ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท กลืนเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้การกลืน อาหารลำบากจึงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจตามมา เช่น ลำไส้ ปอดอักเสบ (Gauwitz, 1995; Lugger, 1994; Smithard et al., 1996) ภาวะขาดสารน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ

(Lugger, 1994; Smithard et al., 1996) ภาวะซึมเศร้า และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (Lugger, 1994)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้และการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบพาริเอทัล (Parietal Lobe) โดยเฉพาะในสมองซีกขวาซึ่งเป็นซีกไม่เด่น ความผิดปกติที่พบได้บ่อย ได้แก่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.4.1 การสูญเสียความรู้สึกรับรู้ต่อการสัมผัส เช่น ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกตินี้อาจพบหลายอย่างพร้อมกันหรือพบเป็นบางอย่างได้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกจุดสัมผัสได้ ความบกพร่องนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้

1.4.2 การสูญเสียการรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักรเวลา บุคคลและสถานที่ มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

1.4.3 ความพร่องในการรับรู้ต่อตนเองและความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความเอาใจต่ออวัยวะที่มีความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น (Anosognosia) คือปฏิเสธความเจ็บป่วยและละเลยร่างกายที่มีความพิการ ส่งผลให้อวัยวะซีกนั้นไม่ได้ใช้งาน (Disuse Syndrome) มีความบกพร่องในการปรับท่าทาง การกระเด้งทางเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้งสองตา (Homonymous Hemianopsia) (Hickey, 1997) ทำให้ไม่สามารถมองเห็นด้านที่มีความพิการ เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต หรือไม่รับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น เกิดความผิดปกติของลานสายตา และระยะการมองเห็นจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ อาจมีความผิดปกติการมองเห็นแบบเห็นภาพซ้อน เนื่องจากความบกพร่องของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้ขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกลอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ มีผลต่อความสมดุลการนั่งและการยืน

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการระลึกรู้ ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ โดยเฉพาะความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป (Recent Memory) ซึ่งพบในรายที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (Temporal Lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา พบในรายที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในการคิดแก้ปัญหา การคิดคำนวณ การตัดสินใจ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุผลความคิดกับสถานการณ์จริง (Hickey, 1997) ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายมักจะมี ความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งจะมีพยาธิสภาพที่ Superior หรือ Medial Surface ของสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) หรือส่วนคอร์เทกซ์ (Cortex) ผู้ป่วยบาง รายปัสสาวะไม่ได้หรือมีปัสสาวะค้างค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถถ่ายออกเองได้หมด เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Hypotonic) ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะ ลำบาก ส่วนปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบ ปัญหาท้องผูก ทั้งนี้เนื่องจาก ชนิดของอาหาร ปริมาณน้ำที่ได้รับน้อย ข้อยกจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ตัว ผู้ป่วยเองก็อาจจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จะขับถ่ายอุจจาระได้ เพราะระดับการรู้ สติเปลี่ยนไปหรือมีความบกพร่องทางการสื่อสาร หรือมีแรงจูงใจในการขับถ่ายน้อยลงอันเป็นผล เนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ได้มีการรวบรวมการศึกษาปัญหาเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลายกรณีด้วยกันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางเพศเลยและ ส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ลดลง อาจมีสาเหตุมาจากการทำกิจกรรมทางเพศเป็นไปด้วยความยากลำบาก จาการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่มีความรู้สึกรู้ต้องการทางเพศ เหนื่อยล้าได้ง่าย สูญเสียการรับ ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ หรืออาจมีความต้องการทางเพศลดลง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิด การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ไม่ได้หรือความกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ตนเองอาการแย่ลง เป็นต้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ประกอบกับภาวะ ผกผันทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยหยุดการมี เพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ลดลง ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรส เปลี่ยนแปลงไป

2. ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะความเจ็บป่วยนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรง ต่อร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังมีผลถึงจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย เพราะความ บกพร่องหรือความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลง ในวิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า (พวงน้อย อรุณ, 2536; Kotila, Numminen, Waltimo, & Kaste, 1998; Robinson, Bolduc, & Price, 1987; Sinyor et al., 1986; Santas et al., 1990) ซึ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย และระยะเวลาของการเป็น โรคมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย (Robinson & Price, 1982; Sisson, 1998; Singh et al., 2000) และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกมีความสัมพันธ์กับความ

บกพร่องด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงานและความสามารถในการปรับตัวกับ
 ครอบครัวและสังคม ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมกับทางสังคมน้อยลง (Santas et al., 1990) นอกจากนี้
 ปัญหาภาวะซึมเศร้าแล้วยังพบ ภาวะวิตกกังวลจากความกลัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (Phobic
 Anxiety) (พวงน้อย อรุณ, 2536) และภาวะของความเจ็บป่วยยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกมี
 คุณค่าในตนเองเป็นอย่างมาก (Miller, 1983) มีความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 รู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียความมีสุขภาพดี สูญเสียความผาสุกในชีวิต สูญเสียความ
 เชื่อมั่นในตนเอง (Lambert & Lambert, 1985) ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง ได้แก่ การถอยหนีจากสังคมทำให้แยกตัวเอง มี
 อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดได้ง่าย โกรธ ก้าวร้าว หดหู่ (Bronstein, 1991) ผลกระทบทางด้าน
 จิตใจเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ผลกระทบ
 ทางด้านจิตใจเหล่านี้ย่อมมีผลโดยตรงต่อสภาวะร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย อ่อนล้า
 หดแรงแรง เหนื่อยง่าย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมี
 ความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด

3. ปัญหาทางด้านสังคม ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ
 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย (Robinson & Mahoney, 1995) จึงทำให้เกิด
 การเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทในครอบครัวและสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กล่าวคือ
 จากที่ผู้ป่วยเคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของคนอื่นในครอบครัวก็ต้องเปลี่ยนมาพึ่งพาผู้อื่น หรือ
 หากผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในสังคม แต่หลังจากป่วยอาจไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้อีก
 ส่งผลให้สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติและบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกถูกแยก
 จากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่งและรู้สึกท้อแท้ (Farzan, 1991)

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่ง
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ
 ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความยากลำบาก ไม่
 สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบ
 กิจกรรมประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ จากรายงานการศึกษาทั้งในประเทศ
 และต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็น
 บุคคลในครอบครัวเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วยเรียกว่าเป็นญาติผู้ดูแล (Family
 Caregivers)

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมาย

การดูแล (Caregiving) หมายถึง กิจกรรมในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการในด้านการพัฒนาฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจหรือวิถีชีวิตตามความต้องการของผู้รับการดูแลโดยครอบคลุมในทุกด้าน ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เทคนิคหรือวิธีการในการดูแลตามลักษณะงานหรือความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปตามสภาพของผู้ได้รับการดูแล (Rosenbaum, 1986 cited in Wood, 1991; Schoenfelder, Swanson, Pringle Specht, Maas, & Johnson, 2000)

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแลให้ผู้รับการดูแล (Care Receiver) อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลรวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) เรียกกลุ่มนี้ว่า “Formal Carer” ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ ญาติผู้ดูแล (Informal Carer, Family Caregiver, Family Caretaker) เป็นญาติ หรือกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน ญาติหรือกลุ่มบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต และผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักมีความสัมพันธ์เป็นแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และที่สำคัญจะไม่ได้รับเงินหรือรางวัลเป็นการตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความผูกพัน ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ (Davis, 1992; Walker, Pratt, & Eddy, 1995; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) และมีการจำแนกประเภทของญาติผู้ดูแลตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ดังนี้ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541)

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Indirect Care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สาเหตุของการให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiving Demands) หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยมีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (Haley, Brown, & Levine, 1987; Davis, 1992; ชนิดา, เมริย์, สมทรง, และ วรณัน, 2535; วิภาวรรณ ชะอ้อม, 2537; จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2536; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; นุกูล, ช่อกลดา, และนิตยา, 2537; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538; จินตนา สมนึก, 2540)

1. ข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or Functional Impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Activities of Daily Living) หรือกิจกรรมในการดำรงชีวิตที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ช่วย (Instrumental activities of Daily Living) ก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรคเช่น การฉีดยาอินซูลิน การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย

2. ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้นี้มักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จะเห็นว่า จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดสติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึก จึงต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลจากผู้ดูแลทดแทนในบางส่วน หรือเกือบทั้งหมดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหรือระดับความเจ็บป่วย ผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ การที่ญาติผู้ดูแลหลักกระทำกิจกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก และสร้างความสามารถให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อคงไว้ซึ่งความมีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การดูแลโดยตรง (Direct Activities) เป็นการช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักให้การดูแลโดยตรงกับผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การเตรียมอาหาร การจัดยาให้ เป็นต้น ส่วนการดูแลอีกประเภทเป็นการดูแลโดยอ้อม (Indirect activities) คือการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องกระทำโดยใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การไปเยี่ยม โทรศัพท์พูดคุยกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งคราว และการพาไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Archbold, 1982 cited in Schoenfelder et al., 2000)

การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลหลายประการทั้งในด้านการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลระดับประครองในด้านจิตใจ และอารมณ์ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพาไปพบแพทย์ร่วมถึงการดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992; Zang & Allender, 1999; Subgranon & Lund, 2000) สามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยคือ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมดต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนในตอนเช้าจนกระทั่งเข้านอนในตอนกลางคืน โดยผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้หรือกระทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมกับกระตุ้นให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วควรจะให้มีความพักเป็นระยะ ๆ กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมี ดังนี้

- 1.1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ อาหารควรมีสารอาหารครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อย 2,000 แคลอรี เลือกชนิดของอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย คำนึงถึงรสชาติ และความชอบของผู้ป่วย จัดเตรียมวางอาหารไว้ให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดักป้อนได้สะดวก รวมถึงการดูแลเรื่องความสะอาดของปากและฟันในช่วงเวลาก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

อย่างเหมาะสม เช่น ชามก้นลึก ลักษณะอาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป อาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก
 คูเลให้ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500-2,000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัดโดยจัดอุปกรณ์ให้สะดวก
 กับการดื่มน้ำ เช่น แก้วน้ำที่มีหลอดดูด รวมถึงคูเลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มน้ำที่มีประโยชน์ พร้อมทั้ง
 สังเกต บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการกลืน ซึ่งพบ
 ประมาณร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Wood & Herring, 1997) ซึ่งจะเกิด
 ปัญหาการไอ การขย้อน และสำลักได้ในขณะรับประทานอาหาร (Lugger, 1994) ซึ่งอาจทำให้เกิด
 ภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ
 และในรายที่ไม่สามารถรับประทานหรือกลืนอาหารเองได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหาร
 ทางสายให้อาหาร โดยจัดเตรียมอาหารผสมหรืออาหารเหลวที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน
 มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-1.2 แคลอรีต่อมิลลิลิตร และภาวะของสมดุลอิเล็กโทรลัยต์อย่าง
 สม่าเสมอ

1.2 การดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยช่วยเหลืออาบน้ำทำความสะอาด
 ร่างกาย ดูแลปาก ฟัน ผื่น แผลบนผิวหนัง เล็บมือเท้า ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ
 ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น แก้วสำหรับนั่ง
 อาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำเองได้บ้างแต่ไม่สะดวกจำเป็น
 จะต้องเช็ดตัว ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น ในการแต่งกายผู้ดูแลต้อง
 จัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดพอเหมาะ สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้น
 และช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ เป็นต้น

1.3 ดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ใช้ผ้าอ้อมรองขับในรายที่กลืนปัสสาวะ
 ไม่ได้หรือมีปัสสาวะเต็ม และเริ่มฝึกให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่
 ใส่สายสวนปัสสาวะต้องดูแลเป็นพิเศษ โดยให้ต่อสายสวนปัสสาวะลงระบบปิดที่ปลอดภัย
 ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งท่อทางเดินปัสสาวะหรือเคลื่อนเข้า
 ออก พร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและสังเกตบันทึกลักษณะ จำนวน
 ปัสสาวะ คูเลอย่าให้ท้องผูกโดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ให้ได้รับน้ำเพียงพอรวมทั้งอาหาร
 และเครื่องดื่มที่ช่วยในการขับถ่าย ตลอดจนมีการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อให้
 ลำไส้ทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียงหรือข้างเตียงโดยใช้หมอนอน แก้วสำหรับถ่าย
 หรือกระบอกปัสสาวะ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลัง
 การขับถ่าย

1.4 ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ผู้ป่วย ส่งเสริมให้

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามขีดความสามารถ นอกจากนี้ควรให้กำลังใจชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

1.5 คู่มือเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิของห้องพอเหมาะ ไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเพราะ โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักนอนไม่ค่อยหลับอยู่แล้ว นอกจากนี้อาจใช้วิธีอื่นที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยด้วย เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบา ๆ การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน การใช้สมาธิหรือการใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

2. การปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจทวีความรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งต้องป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ มีดังนี้

2.1 การดูแลป้องกันโรคปอดอักเสบและปอดแฟบ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะปอดอักเสบ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่น ไม่เพียงพอ ดังนั้นการดูแลอาจทำได้โดย การจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและการกลืน อาจจัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหาร การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ น้ำลายลงปอด ถอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปอุดทางเดินหายใจ และเผื่อระวังสังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ ผู้ดูแลให้มีการบริหารการหายใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยขจัดเสมหะและป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยในการจัดทำเพื่อระบายเสมหะ เคาะปอด และดูดน้ำลายหรือเสมหะออกอย่างระมัดระวัง รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวจัดออกง่าย รวมทั้งจัดเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอให้กับผู้ป่วย

2.2 การดูแลป้องกันแผลกดทับและโรคผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ (Maklebust, 1987) เกิดจากการมีแรงกดทับแรงเสียดสี หรือแรงดึงต่อผิวหนังเฉพาะที่ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและเกิดเป็นแผล โดยมีสาเหตุส่งเสริมหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการกระทำกิจกรรมลดลง การรับรู้ต่อประสาทผิวหนังลดลง ความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การระบายเหงื่อจาก

ปัสสาวะหรืออุจจาระ ภาวะทุพโภชนาการ (Braden & Bergstrom, 1987) ซึ่งมีวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัว ใช้วัสดุที่นุ่มรองรับน้ำหนักบริเวณที่มีแรงกดมาก โดยเฉพาะสะโพก ก้นกบและส้นเท้า การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผิวหนังแห้งไม่อับชื้น ที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสี ในรายที่เกิดแผลกดทับญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแล และส่งเสริมการหายของแผล (Bergman-Evan, Cuddigan, & Bergstrom, 1994) และผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและเท้า เพราะจะทำให้เกิดเป็นโรคผิวหนังและเกิดเป็นบาดแผลได้ง่าย

2.3 การดูแลป้องกันการอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง ซึ่งมักเกิดกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่อต่าง ๆ ด้วยตนเองได้แก่ ข้อศอก ข้อมือ แขน และขาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการป้องกันการปวดไหล่ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะยืนหรือเดิน และหากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มากควรประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่อ

2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้ง่าย ผู้ดูแลสามารถช่วยโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน รวมถึงจัดอาหารที่มีสารอาหารที่มีประโยชน์และครบถ้วน

2.5 การดูแลป้องกันการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อแขนและขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถดูแลป้องกันได้โดยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขาและมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยคมือ หรือจับสิ่งของ การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างโดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อย ๆ

2.6 การดูแลป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในรายที่ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเป็นพิเศษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยได้

2.7 การดูแลป้องกันการปลายมือ ปลายเท้าบวม จะพบได้บ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือหรือปลายเท้าของผู้ป่วยให้สูงขึ้น นอกจากนี้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตกลับสู่หัวใจ

2.8 การดูแลป้องกันอุบัติเหตุและอันตราย ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การหกล้ม เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือเป็นผลจากยาบางชนิด ทำให้การทรงตัวผิดปกติทั้งในท่านั่งและยืน ไม่สามารถลงน้ำหนักเท้า กระยะผิดพลาดหรือมีอาการวิงเวียนเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกหัก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจได้รับอุบัติเหตุจากความร้อนหรือกระแสไฟฟ้า เนื่องจากประสาทรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่อันตราย เช่น ขงมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย ดูแลพื้นไม่ให้เปียกชื้น รวมทั้งควรมีการจัดทำราวที่มั่นคงให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม

2.9 การดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น ควรลดอาหารประเภทไขมัน รวมทั้งป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา สับสน มึนงง ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

3. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ เนื่องจากความพิการของร่างกายที่เหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยให้การดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียด และปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการติดต่อกับสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจพบได้ในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปีภายหลังเกิดโรค (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Bruckbauer, 1991; Parikh et al., 1990) รวมถึงมีอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรให้กำลังใจและปลอบโยนผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลควรควบคุมและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยการค้นหาสาเหตุเพื่อลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดความเครียด รวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจผู้ป่วยสงบ และผู้ดูแลต้องคอยสังเกตลักษณะสีหน้าและอาการของผู้ป่วยและรีบกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น นอกจากนี้การดูแลประคับประคองจิตใจด้านทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง

ปลอดภัยก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรบกวนต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย (Black & Matassarin-Jacobs, 1993)

4. การให้ช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และบางครั้งต้องเสียเงินในการจ้างผู้ช่วยในการดูแล

ผลกระทบของการปฏิบัติการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลทำให้เกิดผลกระทบทั้งบวกและทางลบ งานวิจัยที่ศึกษาในเชิงบวกของการดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลเนื่องมาจากความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์ (Kramer, 1997) ได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยา หรือลูกหลาน เป็นการตอบแทนคุณความดี ทำให้สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2546) ส่วนผลกระทบในทางลบจากการดูแลนั้นทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมกับผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2546; Given & Given, 1991; Adelman & Daly, 2001) จากการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลร้อยละ 25 เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย และร้อยละ 40 ของผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (MacLennan, 1988 cited in McLean et al., 1991) ซึ่งเป็นผลจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด สับสน (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2538) โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านลบที่มีต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกกดดันและความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง ความรู้สึกเครียด ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ความรู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและหมดกำลังใจ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์, 2543) และการศึกษาในต่างประเทศพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีระดับความเครียด ความซึมเศร้าและรู้สึกหดหู่สูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน (Schulz et al., 1988) ส่วนผลกระทบทางลบในด้านร่างกาย พบว่า สุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมลง มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา น้ำหนักลด (McLean et al., 1991) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย (Brown, 1991) ในผู้ดูแลบางรายพบอาการของโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล (นภาพรณี แก้ววรรณ 2533; วิลลาร์ดน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538) ผลกระทบด้านสังคม พบว่า โอกาสที่ผู้ดูแลจะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง สูญเสียบทบาททางสังคมเนื่องจาก

ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Brown, 1991; Robinson-Smith, & Mahoney, 1995) สำหรับด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา (Silverstone & Haman, 1982 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล เช่น ค่ารถเข็น ไม้ค้ำยัน ค่าเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแล

ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้ผู้ดูแลประสบกับปัญหาจากการดูแล ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และมีความต้องการความรู้เรื่องโรคและแนวทางในการดูแลรักษา การดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการในการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลรักษา รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (พรทิพย์ พิมพ์สมาน และคณะ, 2544; สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, และคณะ, 2546; Rosenthal et al., 1993)
2. ปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง จะต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดมากขึ้น (Marchi-Jones, Murphy, & Rousseau, 1996) มีภาวะซึมเศร้า มากขึ้น (Thompson et al., 1989; Ward et al., 1996 cited in Han et al., 1999) และทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาระมากขึ้น (Draper et al., 1992 cited in Han et al., 1999) ระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Level of Illness) จากการศึกษา พบว่า ระดับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยังต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น และการมีกิจกรรมในสังคมลดลง (Silliman, Fletcher, Earp, & Wagner, 1986 cited in Han et al., 1999) และปัญหาทางด้านพฤติกรรมและความบกพร่องทางความนึกคิดของผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า อาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม (Abnormal Behaviors) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะคับข้องใจในผู้ดูแล (Emotional Distress) (Anderson et al., 1995) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้นเท่าไร จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Schulz, Tompkins, & Rau, 1988) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางความรู้ (Cognitive Impairments) มากขึ้นเท่าไร จะยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะ

ซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น (Kotila, Numminen, Waltimo, & Kaste, 1998) และรู้สึกมีภาระมากขึ้น (Scholte op Reimer, DeHaan, Pijnenborg, Limburg, & Van Den Bos, 1998)

3. ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ๆ ในแต่ละวัน: และเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังแล้ว จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ (ศิริพันธุ์ ศาสัตย์, 2546) ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไปมาก (วิวรรธ มุ่งเขตกลาง, 2541) จึงอาจทำให้เกิดเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว ประเทศชาติได้

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแล

ความหมาย

ความหมายของความเครียดนั้นยากที่จะจำกัดลงไปให้เจาะจง ทั้งนี้เพราะมโนทัศน์ของความเครียดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อันได้แก่ ธรรมชาติของสิ่งเร้าความเครียด ปฏิกริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อความเครียด รวมถึงช่วงระยะเวลาที่เกิดความเครียด ดังนั้นจึงยากที่จะกล่าวได้ว่า ความเครียดนั้นเป็นเหตุหรือผลที่ตามมาในเหตุการณ์นั้น ๆ (Sorensen et al., 1986 อ้างถึงใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536) อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลายแนวด้วยกัน ดังนี้

เซลเย (Selye, 1956) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย จะถูกคามหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต ความต้องการของบุคคล อันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกริยาเคมีในร่างกายเพื่อต่อต้านภาวะถูกคามนั้น ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดภาวะสมดุล โดยจะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระที่มีลักษณะไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดหลัง ปวดศีรษะ ภาวะความดันเลือดสูง เป็นต้น

ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายไว้ในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินตัดสินต่อเหตุการณ์หรือความสัมพันธ์ที่เข้ามาคุกคามตนเองว่าจะมีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน และตนต้องใช้แหล่งทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกว่าที่มีอยู่ นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับทรัพยากรที่มีอยู่ของบุคคลนั้น ซึ่งการตัดสินภาวะเครียดดังกล่าวต้องอาศัย กระบวนการประเมินตัดสิน (Cognitive Appraisal)

เทย์เลอร์ (Taylor, 1986) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นกระบวนการประเมินสภาพการณ์ (เป็นที่เป็นอันตราย เป็นการคุกคามหรือเป็นสิ่งท้าทาย) การประเมินการตอบสนองที่เกิดขึ้นและการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งการตอบสนองอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ สติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2533) ให้ความหมายของความเครียด คือ การที่จิตใจของบุคคลตื่นตัว เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลคาดว่าจะเป็นเรื่องที่ยาก ผิดใจหรือเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลที่จะต้องทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจทั้งหมดที่มีในการแก้ไขหรือต่อสู้กับปัญหานั้น ๆ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดของนักวิชาการข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความเครียดเกิดจากการมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้นตัวบุคคล โดยบุคคลจะประเมินตัดสินสิ่งที่มากระตุ้นนั้นว่าเป็นอันตราย คุกคามต่อสวัสดิภาพของชีวิตหรือท้าทาย ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินตัดสินของแต่ละบุคคล การประเมินตัดสินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นอาจมีผลทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกการป้องกัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ ความนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อเป็นการทำให้ความเครียดหรือสภาวะการณั้ผ่อนคลายลงและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแล

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุน ซึ่งพอจะสรุปได้ ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2546; Subgranon & Lund, 2000)

1. ความต้องการการดูแลจากสาเหตุข้อจำกัดหรือความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า เป็นแหล่งที่มาของความเครียดในญาติผู้ดูแลโดยตรง (Primary Stressor) การเปลี่ยนแปลงของระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) และพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความสามารถในการรับรู้ลดลงเท่าไร ยิ่งต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น (Marchi-Jones, Murphy, & Rousseau, 1996; Silliman, Fletcher, Earp, & Wagner, 1986 cited in Han et al., 1999) และปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสที่ทำหน้าที่ดูแล (บุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2537) โดยปัญหาพฤติกรรมด้านร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การกลืนยาลำบาก การสำลัก การพูดลำบาก อาการปวด ซัก ความรู้สึกอ่อนแรง การกลืนปัสสาวะ ท้องร่วง ท้องผูก ความต้องการ

ทางเพศสูง เป็นต้น และพฤติกรรมทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย พฤติกรรมแบบเด็ก ๆ อาการสับสน และร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา

ข้อจำกัดหรือความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้ญาติ ผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแล ต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตไปจากเดิม เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ ต้องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม ต้องมีการจัดแบ่งเวลา สำหรับการให้การดูแล ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ได้รับความสนใจน้อยลง ญาติผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกือบตลอดเวลา จึงทำให้บทบาทในสังคมของญาติผู้ดูแลลดลง

2. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล การให้การดูแลผู้ป่วยนั้นญาติผู้ดูแลควรมี ความรู้ ความเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ตนควรกระทำในการดูแล แต่เรื่องของการเจ็บป่วยนั้นคนทั่วไปมักไม่แน่ใจหรือไม่มีความรู้อย่างลึกซึ้งทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการทำกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วย ในสถานการณ์ทั่วไปญาติผู้ดูแลมักรับภาระการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่คาดคิดมาก่อนขาด การเตรียมตัวเตรียมใจที่เหมาะสม เช่น ตามีเป็นอัมพาต ทำให้ภรรยาต้องปรับบทบาทอย่างกะทันหันไม่มีการเตรียมตัวมาก่อน จึงไม่มีความรู้ ความเข้าใจเพียงพอในเรื่องการดูแล ย่อมเกิด ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรให้ผู้ป่วย สิ่งไหนทำไปแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหรือ อันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งความไม่แน่ใจนี้เป็นสาเหตุของความเครียดของผู้ดูแล ทำให้มีความ คับข้องใจว่าจะให้การดูแลทุกอย่างหรือจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองดี หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูล ต่าง ๆ เหล่านี้อย่างถูกต้องและเพียงพอแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยากลำบากในการ ปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติ ผู้ดูแลมีความต้องการแยกรายด้านทั้งหมด 6 ด้าน ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ ความต้องการด้านข้อมูลความรู้ ในการดูแล (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) กล่าวคือ เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้าน ข้อมูล ความรู้ ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมี ความเครียดลดลงได้

3. การมีปริมาณงานมากเกินไป ญาติผู้ดูแลบางคนต้องมิจิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเกือบ ตลอดทั้งวันและยังมีหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวอีก เช่น บุตร คู่สมรส บิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลมีภารกิจมากตลอดทั้งวันเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน ซึ่ง บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกัน ประกอบกับร่างกายของผู้ดูแลเกิดความ อ่อนล้า จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม ทำให้ครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเครียดได้ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีเงินออมเพื่อใช้ใน เวลาเจ็บป่วย หรือไม่มีองค์กรการประกันสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ ขอมมีผลกระทบต่อรายจ่ายของ ครอบครัว และการมีกิจกรรมการดูแลทั้งวันจากขาดคนมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลแทน ประกอบกับเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแล ผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์และแสดงบทบาทกับครอบครัวและสังคมลดลง พบว่า ผู้ดูแลมักรู้สึกโดด เดี่ยว (Lonely) คับข้องใจ ซึมเศร้า ซึ่งเป็นการแสดงออกของการมีความเครียด

5. ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียด เนื่องจากญาติ ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามี หรือภรรยาผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จะสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ และมักจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแล สุขภาพตนเองลดลงไป ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหาร ยาไม่ตรงเวลา พักผ่อน ไม่เพียงพอ ทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้บ่งบอกถึง อาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดด้วย

ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอาจมีเกิดจากสาเหตุเดียวกัน แต่ความรุนแรงอาจไม่ เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคลคือ สภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ กับปัจจัยภายนอกคือ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวบุคคลในขณะนั้น นอกเหนือจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่ง ที่มาคุกคาม ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ (Sutterley & Donnelly, 1981 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2543)

1. เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดใน ระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย เช่น การที่ต้องเดินทางไปทำงาน ในภาวะการจราจรติดขัด เป็นต้น
2. เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าภาวะเครียดในระดับที่หนึ่ง เป็นการถูกคุกคามที่คาด ว่าจะได้รับการคุกคามอยู่แล้วในระยะสั้น ๆ และบุคคลมักตระหนักรู้ การปรับแก้กับภาวะเครียดนี้ ส่วนใหญ่มักจะประสบผลสำเร็จ เช่น การ ไปสัมภาษณ์การสมัครงาน การที่ต้องพบปะบุคคลที่มี ความสำคัญทางสังคม เป็นต้น

3. เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้นอยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่มีระดับคงที่อยู่ในบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่น การต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น บุคคลไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แสดงออกถึงความพยายามรับมือกับความเครียดที่ซับซ้อนขึ้น เริ่มสังเกตและวัดได้ เช่น ความผิดปกติของลำพูดและกิริยาท่าทาง

4. เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายสูง รู้สึกเหนื่อยหมดแรง ท้อแท้ต่อการต่อสู้สถานการณ์ ร่างกายจะเริ่มเตือนว่าปรับแก้ไม่ได้แล้ว หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

การตอบสนองต่อความเครียด

เมื่อบุคคลได้รับความเครียด ร่างกายจะพยายามตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับสมดุลของร่างกาย ไม่เกิดภาวะเจ็บป่วย ซึ่งระยะของการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะมีอยู่ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (Selye, 1965 cited By Darley et al., 1984)

1. ระยะสัญญาณเตือน (Alarm Reaction Stage) เป็นระยะที่บุคคลตอบสนองได้สิ่งที่มากระตุ้นทันที โดยไม่มีโอกาสรวบรวมจิตใจและร่างกายเข้าด้วยกัน มีระยะเวลาด้าน ๆ บุคคลส่วนใหญ่จะตอบสนองได้สิ่งที่มากระตุ้นในระยะนี้ด้วยการใช้เสียง บางคนอาจมีอาการถึงขั้นช็อคได้ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยผ่านระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะหลั่งฮอร์โมนออกมา ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านตัวเร่งความเครียดและปรับร่างกายให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

2. ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) เป็นระยะของการปรับตัวต่อสิ่งที่มารบกวนร่างกายพยายามที่จะยับยั้งและควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ระยะนี้บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายอาจมีการกระทำโดยตรง ทางด้านจิตใจอาจเป็นการใช้กลไกทางจิตต่าง ๆ พฤติกรรมที่แสดงออกมาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระตุ้นและตัวบุคคล ถ้าร่างกายไม่สามารถจะยับยั้งหรือควบคุมได้ก็จะเข้าสู่ระยะต่อไป

3. ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่ย้อนกลับเข้าสู่ระยะสัญญาณเตือนใหม่ ภายหลังจากต่อต้าน ระยะนี้จะเกิดในกรณีที่มีสิ่งกระทบรุนแรง อาการของปฏิกริยาในระยะสัญญาณเตือนจะปรากฏขึ้นใหม่ ร่างกายเริ่มอ่อนแอ การเร่งกลไกการตอบสนองครั้งนี้จะล้มเหลวได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้ร่างกายมีการชำรุดของอวัยวะและตายได้ เป็นผลจากปฏิกริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งในระบบซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ร่วมกับปฏิกริยาของฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้พบใน 3 ลักษณะ ดังนี้ (Tayler, 1986)

1. การตอบสนองทางสรีรวิทยา (Physiological Response) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีผลต่อ ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร
2. การตอบสนองทางความคิด (Cognitive Response) เช่น ขาดสมาธิ จิตใจวอกแวก มีความคิดซ้ำซาก ผิดปกติ และมีการรบกวนทางความคิด การตอบสนองทางความคิดมักจะเป็นการเริ่มต้นของการกระทำที่ใช้ในการเผชิญปัญหา
3. การตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotion and Behavior Response) เช่น ความกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า คับข้องใจ โกรธ ตื่นเต้น อับอาย ปฏิเสธ โศกเศร้าอ้างว้าง แยกตัว เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปว่า การตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลนั้นมีหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การตอบสนองที่แสดงออกทางด้านสรีระร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และด้านพฤติกรรม

การจัดการกับความเครียดในญาติผู้ดูแล

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นในญาติผู้ดูแล ร่างกายจะใช้กลไกการปรับตัว ถ้ากลไกที่เหมาะสมก็จะเกิดการปรับตัวที่ดีทำให้ร่างกายเกิดภาวะสมดุล แต่ถ้าใช้กลไกไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในญาติผู้ดูแลได้ การจัดการกับความเครียดนั้นควรเน้นในสามลักษณะ คือ การจัดการกับตนเอง (Self-Management) ระบบสนับสนุน (Support System) และปรับปรุงการจัดระบบ (McConell, 1982 cited in Farrington, 1997) การจัดการกับความเครียดในญาติผู้ดูแลจะได้ผลสำเร็งนั้น ต้องอาศัยกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด โดยการเผชิญกับความเครียดโดยตรง คือ การจัดการกับต้นเหตุของความเครียด และการเผชิญกับความเครียดโดยอ้อม ซึ่งเป็นการจัดการกับการตอบสนองซึ่งเกี่ยวกับการรับรู้หรือการตอบสนองต่อสิ่งที่ถูกคามนั้น สามารถกระทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้ (Fact Sheet: Caregiver' S Handbook-Part 3 of 9, 2001)

1. การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการหาแหล่งข้อมูลความรู้ในห้องสมุด เพื่อค้นคว้าตำรา บทความ เอกสาร วิดีโอเทปหรือสารคดีเกี่ยวกับการให้การดูแล หรือศึกษาจากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น ในโรงพยาบาล ศูนย์การศึกษาให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ
2. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มญาติผู้ดูแล เพราะกลุ่มสมาชิกที่มีประสบการณ์คล้าย ๆ กันสามารถที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกแยกตัวลดลง สามารถสร้างข้อตกลงร่วมกันในกลุ่มบนพื้นฐานของความเป็นมิตร ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันได้ ความสัมพันธ์ของสมาชิกที่เกิดขึ้น สามารถช่วยลด

ความเครียดจากการดูแล เนื่องจากได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล สามารถพัฒนาทักษะ การดูแลของสมาชิก แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาก็จะสามารถนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปแก้ไข ปัญหาตามความเป็นจริง และยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3. การตั้งเป้าหมายตามความเป็นไปได้ ในสถานการณ์ของการดูแลซึ่งบางครั้งอาจมีความต้องการที่ขัดแย้งกันหลายประการ ญาติผู้ดูแลต้องตระหนักว่าเหตุการณ์ใดที่สามารถทำได้ และเหตุการณ์ใดทำไม่ได้และกำหนดเป้าหมายตามนั้น โดยขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านในเรื่องที่พวกเขาสามารถกระทำแทนได้ เช่น การไปทำธุระแทน การเตรียมอาหาร การพาผู้ป่วยออกนอกสถานที่ การรับเด็กกลับจากโรงเรียน เป็นต้น

4. การติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อน การได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ๆ และการได้รับความช่วยเหลือ การเขียนเขียนจะทำให้ความรู้สึกใดเคียดแค้นลดลงและยังสามารถให้การดูแลที่มีความรับผิดชอบ ซึ่งพวกเขาอาจให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลแทนให้ได้เป็นบางครั้ง อย่างไรก็ตามในความสัมพันธ์นั้นเพื่อนหรือครอบครัวกับผู้ดูแล อาจมีคำพูดในเชิงตำหนิเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน ให้รับฟังอย่างสุภาพ ระลึกว่าเป็นสิ่งที่สมควรนำมาปรับปรุง แต่ถ้าวิธีการดูแลนั้นทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจก็ควรกระทำ ในแนวทางนั้นต่อไป ควรกำหนดตารางเวลาสำหรับพบปะสังสรรค์กับสมาชิกครอบครัวเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจถึงสถานการณ์ของการให้การดูแล และมีส่วนร่วมในการให้การดูแล รับผิดชอบร่วมกัน

5. การใช้แหล่งทรัพยากรทางชุมชน การสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งที่ให้บริการ การดูแลแทน เช่น การให้บริการที่บ้าน (In-Home Services) ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุช่วงเวลากลางวัน (Adult Day Care) การจ้างผู้ช่วยในการอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัว เป็นต้น

6. การใช้บริการการดูแลแทน (Respite Care) เมื่อรู้สึกต้องการพักจากการให้การดูแลชั่วคราว อาจขอให้เพื่อนที่สามารถให้การดูแลแทนได้อยู่กับผู้ป่วยชั่วคราว หรืออาจใช้สถานบริการดูแลแทน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

7. การดูแลรักษาสุขภาพ การมีสุขภาพดีในญาติผู้ดูแลจะส่งผลถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในการดูแล วิธีการดูแลตนเองที่สำคัญ มีดังนี้

7.1 การรับประทานอาหาร อาหารเป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย ควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน เลือกสารอาหารที่มีประโยชน์ เพียงพอและสมดุล หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น แอลกอฮอล์ คาเฟอีน เป็นต้น

7.2 ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

7.3 ควรหาเวลาหยุดพักเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติในการใช้เวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อนบ้าง เช่น การอ่านหนังสือ การไปพบปะเพื่อนฝูง หรือดูโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและลดความกดดันจากสถานการณ์การให้การดูแล

7.4 พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การนอนหลับอย่างเพียงพอของญาติผู้ดูแลจะส่งผลถึงประสิทธิภาพการดูแล ถ้าผู้ป่วยรบกวนญาติผู้ดูแลในช่วงกลางคืนทำให้นอนหลับได้ไม่เพียงพอ ควรหาคนมาช่วยดูแลแทนในช่วงกลางคืน หรือถ้าญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาอนไม่หลับจากภาวะตึงเครียด ให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ชั่ว ๆ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ถ้าปล่อยให้เป็นระยะเวลานานไม่รีบแก้ไขจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อใช้ยาช่วย

8. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การนวด การหางานอดิเรกที่ชอบ การใช้สุคนธบำบัด (Aromatherapy) การใช้จินตนาการ เป็นต้น การใช้จินตนาการกระทำได้โดยอยู่ในท่านั่งหรือนอนที่สบาย สวมเสื้อผ้าที่หลวมไม่รัดแน่น หลับตาลง ปล่อยใจให้ว่าง ขยับนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ ข้อมือ ข้อเท้าและเท้า หันศีรษะไปมาอย่างช้า ๆ จากนั้นเข้าสู่ภาวะจินตนาการ หายใจเข้าออกช้า ๆ ยังคงหลับตาคิดถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สบายใจอาจเป็นสถานที่ที่เคยไปในอดีตหรือจินตนาการถึงสถานที่ในความฝัน เช่น ริมทะเล ภูเขาทุ่งหญ้าและดอกไม้ จินตนาการให้ตัวเองไปอยู่สถานที่นั้นโดยระลึกและได้สัมผัสถึงกลิ่น เสียง และความรู้สึกที่สัมผัสสายน้ำ ผืนทรายหรือเกล็ดหิมะ ถ้าสามารถทำได้ดังนี้จะรู้สึกว่างกายรู้สึกเบาสบาย เกิดการผ่อนคลายและเกิดความพึงพอใจขึ้นได้ หลังจากฝึกเทคนิคการผ่อนคลายประสบผลสำเร็จสามารถกระทำได้ทุกวัน

9. การใช้อารมณ์ขัน อารมณ์ขันถือว่าเป็นยาที่ดีที่สุด มีการศึกษามากมายที่สนับสนุนถึงผลดีของการมีอารมณ์ขัน สามารถลดความตึงเครียด ลดความเจ็บปวด ระบบการหายใจดีขึ้นและยกระดับอารมณ์ให้ดีขึ้นได้ สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

9.1 พยายามทำให้เกิดอารมณ์ขันแรงในการให้การดูแล

9.2 เขียนบัตรคำ “ วันนี้คุณหัวเราะกับผู้ป่วย หรือยัง ” และปิดไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่ายเช่น ในห้องน้ำ ห้องครัว ฝาผนังข้างเตียงผู้ป่วย อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ในเรื่องที่ทำให้รู้สึกสนุก ขบขัน

10. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นการทำลายสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยา สารเสพติด การสูบบุหรี่ การกินจุ เป็นต้น

11. หาบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ ได้รับความรู้สึก อารมณ์ ขอมรับและแก้ไขปัญหาอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้รู้

12. สร้างและรักษาความมีคุณค่าในตนเอง โดยยังคงรักษาสัมพันธภาพและมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำกิจกรรมในสิ่งที่ชอบ เช่น การชมภาพยนตร์ การเล่นเกม ฟังเพลง การเล่นเกมสกับเพื่อน เป็นต้น ซึ่งการมีกิจกรรมเหล่านี้อาจจัดเป็นตารางสำหรับการให้รางวัลแก่ชีวิต

การประเมินความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันในบุคคล เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทาง คือ ด้านร่างกาย ด้านความนึกคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม ดังนั้นเราจึงสามารถประเมินความเครียดโดยการวัดจากปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ พอสรุปได้ 4 วิธี ดังนี้ (Lazarus, 1966 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546)

1. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Technique) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบรอร์สชัค (Rorschach) แบบทดสอบทีเอที (Thematic Apperception Test: TAT) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ
2. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น การถอนหายใจบ่อย ๆ สีหน้า แหวดตา น้ำเสียง หรือท่าทาง เป็นต้น
3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Physiological Change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือด ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
4. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-Report) เช่น การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งทางด้านความเที่ยงและความตรง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Stress Interview) ของซาริต (Zarit, 1990) ซึ่งได้สร้างแบบวัดนี้โดยดัดแปลงและพัฒนามาจาก แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Burden Interview) จากเดิม 29 ข้อ (Zarit, Reece, & Back, 1980) และดัดแปลงแก้ไขให้เหลือ 22 ข้อ (Zarit & Zarit, 1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือกสมองจำนวน 20 คนและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .76 เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการประเมินถึงความรู้สึกในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ของการดูแลเกี่ยวกับปัญหาซึ่งเป็นผลจากการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้รับการดูแล และนำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 คนและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบวัดความเครียดนี้มีค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีตั้งแต่ “ไม่เคย” คะแนนเป็น 0 คะแนน จนถึง “เกือบสม่ำเสมอ” คะแนน เป็น 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 88 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้ (Zarit, 1990)

ช่วงคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเครียด

ช่วงคะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเครียดระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะเครียดระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะเครียดระดับรุนแรง

แบบวัดความเครียดนี้เหมาะสมมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ เนื่องจากได้พัฒนามาจากแบบวัดภาวะของผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น และใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

จากผลกระทบของการดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลที่ใช้กลไกการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเกิดปัญหาได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม เช่น เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดซึ่งปัญหา ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแล ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีโอกาสในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่าง ๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเชิงพึ่งพากันนั้นเป็นเครื่องปกป้องและลดความเครียดได้

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ความหมาย

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม (ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543; Bender, n.d. cited in Taylor, 1980) มีชื่อเรียกแตกต่างกัน

เช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันในภาษาอังกฤษมีคำที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Mutual-Help Group, Self-Help Group, Peer Self-Help, Mutual Aid, Mutual Support Group, Social Work Group (Steiger & Lipson, 1985; Paskert & Madara, 1985; Resnick, 1986 อ้างถึงใน ครุณี ชูณหะวัต, 2542) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

มาแรม (Maram, 1978) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่มเท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985 อ้างถึงใน สุทธิณี พักวิสัย, 2545) ให้ความหมายว่า เป็นการรวมตัวโดยสมัครใจของผู้มีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้สมาชิกภายในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด

เรสนิก (Resnick, 1986 อ้างถึงใน ยุวมาลย์ ศรีปัญญาพิศภักดิ์, 2546) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันมารวมตัวกันโดยมีความสมัครใจ โดยจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยเหลือปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ

บาราท (Barath, 1991 cited in Hildingh, Fridlund, & Segesten, 2000) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาเดียวกัน มีการรวมกลุ่มเพื่อพบปะกันเป็นประจำเพื่อแสดงความคิดเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือต่อกัน

สปรัดเลย์และอัลเลนเดอร์ (Spradley & Allender, 1996) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่มักมีการจัดตั้งโดยกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาอยู่เพียงในชีวิตเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุนิยามความต้องการเดียวกัน เป้าหมายของกลุ่มมุ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการ ขณะที่หลาย ๆ กลุ่มรวมตัวกัน โดยคนที่เหมือนกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลสามารถช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวกให้

ริสส์แมน (Riessman, 2000) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกัน มาร่วมจัดตั้งดำเนินการและควบคุมกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่ม ในการประชุมกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากสมาชิกกลุ่ม เพื่อนำมาปรับใช้กับตนเองให้เหมาะสม โดยไม่ต้องใช้นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้นำกลุ่ม

จากแนวคิดพื้นฐานของหลายท่านดังกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มกันเองของบุคคลที่มีลักษณะปัญหาที่ใกล้เคียงกันโดยความสมัครใจ มีการพบปะกันอย่าง

สม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหโดยอาศัยจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มที่สามารถแก้ปัญหาที่ผ่านมาแล้วได้สำเร็จ การช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกภายในกลุ่มอาจอยู่ในรูปแบบของคำแนะนำ แนวความคิด ความรู้ สิ่งของ หรือกำลังใจก็ได้ โดยอาจมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาลเป็นผู้ช่วยให้เกิดการรวมตัวและคอยอำนวยความสะดวก รวมถึงเป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โดยแต่ละกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอาจมีวัตถุประสงค์ของคนที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยทั่วไปแล้วมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ส่งผลต่อสมาชิก ดังนี้ (Rootes & Aanes, 1992; Paskert & Madana, 1985)

1. ลดปัญหาทางอารมณ์จากภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าต่อปัญหาที่มี โดยในการจัดทำกลุ่มได้มีการให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหา อันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ทำให้มีพฤติกรรมหรือแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้
3. ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วย การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วย มิใช่เป็นแต่ผู้รับฝ่ายเดียว
4. มีกำลังใจในการยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ได้มีปัญหาหรือต่อสู้กับปัญหาตามลำพัง
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม

กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุป ๆ ได้ ดังนี้ (Adam, 1979; Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985 อ้างถึงใน ครุณี ชุมะวัต, 2542)

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (Being in the Same Boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่าง

แท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
นั้นจริง ๆ

2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เพราะทำให้ผู้ที่
แนะนำคนอื่นกระทำกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความชำนาญ

3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่าย
ซึ่งหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าว
ประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน

4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน
บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยน
พฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การที่สมาชิกกลุ่มได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาดังกล่าว ๆ จนเป็นผลดี
จะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (Role Model) ของผู้ที่รู้จริง (Expertist) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตาม
และแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเปิดเผยกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน
ทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ
ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ
และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้
กำลังใจหรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดทนโน้ตสนิดีขึ้น ยอมรับสภาพ
ปัญหาที่เผชิญอยู่ดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้า
ที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความ
ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1975)

9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (Stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้
พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือ
สิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จุดสำคัญของความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ
หลักของการให้ความช่วยเหลือ (Principle of Helper) โดยเป็นบทบาทของการให้และการรับความ
ช่วยเหลือจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Ressman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza,
Gonzalez, Sorensen, & Dlock, 2000 อ้างในสุทธิณี พักวิสัย, 2545) อย่างไรก็ตาม การให้ความ

ช่วยเหลือจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสมัครใจที่จะให้ ดังนั้นสมาชิกที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ จากนั้นสมาชิกก็จะปรึกษาหารือกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันคิดหาแนวทางช่วยเหลือกันและกัน สมาชิกคนใดที่ประสบความสำเร็จในการต่อสู้อุปสรรคจะเป็นแบบอย่างแก่สมาชิกคนอื่น จะไปเยี่ยมเยียนหรือคอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขของสมาชิกคนอื่นต่อไป ซึ่งรูปแบบการดำเนินการลักษณะนี้ เรียกว่า การเป็นแบบอย่าง (Modeling Function) (Adam, 1979) ในกระบวนการให้และรับความช่วยเหลือนั้นเป็นไปแบบไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ มีการให้โดยคำนึงถึงผู้อื่น (Altruism) มีการเอื้อเฟื้อต่อกัน (Reciprocity) เป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและมีการแบ่งปัน (Hayes, 1999) การดำเนินการของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกันจะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน กระบวนการกลุ่มจะเป็นแบบไม่หยุดนิ่งและมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาที่มีโอกาส นักวิชาการหรือนักศึกษาบางท่านจึงเรียกการมีปฏิสัมพันธ์กันลักษณะนี้ว่า ปฏิสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer Relationship)

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group Organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกันที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาหารือระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักศึกษา โภชนากร ที่จะสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาลักษณะเดียวกัน เพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อนและสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ มาได้ มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสมาชิกซึ่งยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (Resnick, 1986 อ้างถึงใน ครุณี ชุมหวัด, 2542) นั่นคือเชื่อว่า “เราเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด”

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ ๆ คือ แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Resnick, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. กลุ่มที่จัดขึ้นแบบเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหาร กลุ่มมีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะที่คนอื่นทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสภาพ กฎหมายเกี่ยวกับกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติ จะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery Inc.) กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (Narcotics Anonymous) กลุ่มผู้ติดสุรา (Anonymous) เป็นต้น

2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกับกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis Hotline) ติดต่อกันทางจดหมาย เทปบันทึกเสียง วิทยู ซึ่งสมาชิกอาจจะไม่ได้มาพบกันโดยตรง บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บปวด ขจัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรคและผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่จัดตั้งอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว

ไม่มีการแบ่งชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้เป็นสากล แต่อาจแบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามลักษณะสมาชิกที่เข้ากลุ่ม ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 4 ชนิด (Paskert & Madara, 1985; ครุณี ชุนหะวัต และคณะ, 2536 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ คำลึงค์, 2543) ดังนี้

1. กลุ่มที่ปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นผู้ป่วย บิดา มารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญ ๆ ที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนไป เป็นการรวมกลุ่มโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ เช่น การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกล่อง เป็นต้น

2. กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (Anonymous) ต่าง ๆ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดสิ่งเสพติด เป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่ติดยาเสพติด หรือกลุ่มนิรนามต่าง ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา

3. กลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) สำหรับบุคคลที่มี การเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การกลุ่มบิดามารดา กลุ่มหย่าร้าง กลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นการรวมกลุ่มของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย กลุ่มที่มีการรังควานสมรส กลุ่มญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

4. กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชน สำหรับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มคนชรา กลุ่มรักร่วมเพศ ได้มีการรวมกลุ่มกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองของสมาชิกและเพิ่มควมมีสำนึกต่อสังคม หรือเรียกร้องทางกฎหมายสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการจัดตั้งกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้กลุ่มมีความใกล้เคียงกับธรรมชาติของกลุ่มที่เป็นอยู่มากที่สุด และเป็นลักษณะของกลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และสามารถปรับตัวให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ง่ายขึ้น

โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกของกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินการของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในกลุ่มว่ามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะกลุ่ม อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง สมาชิกที่เข้าร่วมทำกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป หากว่ากลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไปจะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย แต่อาจจะมีผลเสียในด้านการควบคุม การสนใจ สมาชิกจะมีส่วนร่วมกิจกรรมน้อย มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มน้อยและอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อย ส่วนกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความ อึดอัด วิตกกังวล เนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้งซึ่งอาจทำให้สมาชิกรู้สึก ไม่ปลอดภัย วิตกกังวล ในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้นและถอนตัวออกจากกลุ่มไปในที่สุด (Margo, 1985 อ้างถึงใน นันทพร กลิ่นจันทร์, 2540) นักวิชาการบางท่านระบุขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม ที่สุดคือ 7-8 คน และจำนวนสมาชิกที่เป็นยอมรับได้คือ 5-10 คน (Yalom, 1995) แต่นักวิชาการบางท่านระบุว่าสมาชิกของกลุ่มควรมีจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีความเหมาะสมมากที่สุดที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุดและมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด (Norbeck, 1991) นักวิชาการบางท่านแนะนำว่าขนาดของกลุ่มย่อยที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน (Samson & Marthas, 1990 อ้างถึงใน วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2535) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มมีขนาด 6-10 คน เพื่อให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึงและสามารถปรับตัวเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ง่าย

2. สถานที่และเวลาในการจัดทำกลุ่ม สถานที่ในการจัดทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วน (Privacy) มีความเงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวนหรือสิ่งความสนใจ และมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ เช่น ห้องโพร่งไม่แออัด ที่นั่งสบาย การจัดที่นั่งควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม ซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1995) เพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน ได้เห็นปฏิกิริยา การแสดงออกทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด มีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา ซึ่งการประสานสายตากันในระหว่างการสนทนาจะเป็นการสร้าง ความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ (Smith & Bass, 1979) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มเป็นเวลาว่าง ไม่มี

กิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม จะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจเป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม โดยการทำกลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ช่วงวันหยุดราชการ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปลีกตัวมาร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ เพราะมีผู้ดูแลรองซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยอีกท่านหนึ่งช่วยดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแทนชั่วคราวได้ โดยกำหนดระยะเวลาในการจัดดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยการเว้นช่วง 2 สัปดาห์นั้น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้นำความรู้จากการเข้ากลุ่มไปทดลองปฏิบัติ เพื่อนำมาสู่การอภิปรายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป สำหรับสถานที่ในการทำกลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลด้านหน้าของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ฯ อนุญาตให้ใช้สถานที่คือ ห้องสอนสุขศึกษา ของคลินิกอายุรกรรม ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่แออัด มีความเงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก อีกทั้งยังตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับคลินิกอายุรกรรมประสาท

ลักษณะของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าสมาชิกของกลุ่มมักเป็นผู้ที่มีปัญหา หรือมีประสบการณ์คล้ายกันมา รวมกลุ่มเพื่อเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันในการเผชิญปัญหาร่วมกัน (Robertson, 2000) สมาชิกกลุ่มมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ในบางกลุ่มต้องการสมาชิกเฉพาะผู้ที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน เพราะปัญหาบางอย่างจะเปิดเผยเฉพาะสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน เช่น กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร บางกลุ่มรับสมาชิกที่เป็นญาติของผู้มีปัญหาด้วย เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา บางกลุ่มรับเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเข้าเป็นสมาชิกแต่อนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกเข้าร่วมฟังการประชุมได้ เช่น กลุ่มผู้ไร้กล่องเสียง บางกลุ่มรับเฉพาะบุคคลที่แพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมกลุ่มได้ (ครุณี ชุนหะวัตติ, 2542) ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม สามารถจำแนกได้ 2 ประเภทตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มปิด (Closed Group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่ต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ไม่มีการเปิดรับสมาชิกเพิ่มในระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไรหรือมีสมาชิกที่น่าเบื่อหน่ายเช่นใดก็ตาม กลุ่มชนิดนี้จะมีข้อดีคือ กลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลา และมีความรู้ลึกซึ้งผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้
2. กลุ่มเปิด (Open Group) คือกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม กลุ่มชนิดนี้มีข้อดีคือการเปิดรับ

สมาชิกใหม่จะกระทำได้ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มมีจำนวนน้อยเกินไป สมาชิกขาดหาย ลาออกหรือ บรรดาอากาศชนเขา มีสมาชิกไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็น เหตุผลของการเปิดรับสมาชิกได้ทั้งสิ้น ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่าง ๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกัน และกัน ส่วนข้อเสียคือการที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้ สำหรับ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้มีโครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบกลุ่มปิด เพื่อกลุ่มจะได้มีการพัฒนาและ ก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันกัน ของสมาชิกกลุ่ม

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มคือ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำให้กลุ่มสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายหรือความ ต้องการของกลุ่ม (ทิสนา เขมมณี, 2545) ผู้นำกลุ่มอาจเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพ หรือ สมาชิกคนใดคนหนึ่ง ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำ กลุ่มในการประชุมแต่ละครั้ง (ครุณี ชูณหะวัต, 2540) การดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะ ได้ผลดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อ กลุ่ม และถ้ามีความสามารถสูง รับบทบาทของการเป็นผู้นำย่อมจะทำให้ผู้นำสามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้ดี โครงสร้างของการทำงานชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมผู้นำ กลุ่มมีแนวคิดหลักดังนี้ (Newton, 1984; Ross & Mico, 1980 อ้างถึงใน ครุณี ชูณหะวัต, 2546)

1. ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงและดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
 2. ผู้นำกลุ่มจะต้องเรียนรู้บทบาทผู้นำกลุ่ม ที่จะช่วยให้สมาชิกได้รับประโยชน์สูงสุด
- อย่างทั่วถึง
3. ผู้นำกลุ่มจะต้องยอมรับว่า ปัญหาของสมาชิกทุกปัญหามีความสำคัญที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากสมาชิกของกลุ่ม หรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ
 4. ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความเป็นกลาง เป็นนักฟัง ไม่ผูกขาดการพูด เปิดโอกาสให้สมาชิก ได้ร่วมอภิปรายทุกคน ไม่สนใจปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว เพราะจะทำให้ สมาชิกคนอื่น ๆ รู้สึกไม่ได้รับความสนใจ และไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม
 5. ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้ที่ปรับตัวได้ดีแล้วเข้ามาเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อประโยชน์ของกลุ่ม มากกว่าความมีหน้ามีตา เว้นแต่จะได้รับการประโยชน์ทั้งสองอย่าง

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (Marram, 1978)

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของ สมาชิก 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

2. ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นในปัญหา แต่ต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป

3. ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะ ๆ

4. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้แตกต่างกัน

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของกลุ่มเช่นกัน ดังนั้นสมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่ดังนี้ (Lieberman, 1988 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

1. ก่อกระตุ่น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก
2. ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือตึงเครียดเกินไป แก้ไขข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
3. รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
4. กระตุ่นสมาชิกในกลุ่มให้มีการเสนอแนะความคิด และวิธีการใหม่เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

5. สมาชิกกลุ่มต้องรักษาความลับซึ่งกันและกัน

บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

คามเนวกิดของ มาแรม (Maram, 1978) กล่าวว่า พยาบาลควรแสดงบทบาทหน้าที่อย่างน้อย 2 บทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกกลุ่มเท่านั้น
2. เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

ความคิดเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากคำราและบทความต่าง ๆ ซึ่งประมวลบทบาทพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้ดังนี้ (Steiger & Lipson, 1985; ครุณี ขุนทะวัต, 2546)

1. เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยัน และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้และแนวทางที่

ถูกต้องแก่สมาชิกกลุ่ม ในกรณีที่กลุ่มมีปัญหาเกี่ยวกับโรคและการจัดกลุ่ม

2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์
ที่จำเป็น

3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำกลุ่มจาก
สมาชิกด้วยกัน

4. เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น

5. ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าร่วมเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม และส่งต่อไปรับการรักษา
ที่เหมาะสมกับปัญหา ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญมาก

6. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

7. ติดตามประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experiment)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะ ดังนี้ (Maram, 1978; Stuart
& Laraia, 1998)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or
Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและ
สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้าง
ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นกลุ่มผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกกลุ่ม
ทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ กฎและแนวทางในการปฏิบัติตนในการเข้ากลุ่ม
ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกและความรู้สึกอย่างเปิดเผย แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์กันอย่างอิสระและสร้างความไว้วางใจ เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและ
กัน ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงผลดีของการได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่ม
ทราบและผู้นำต้องอธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจว่าเรื่องที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะเป็นความลับของ
กลุ่ม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีใน
การเข้าร่วมกลุ่ม ในครั้งแรกผู้นำกลุ่มควรเป็นพยาบาล ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและ
เชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิก
ในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น
สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาแนวทางในการแก้ปัญหาและเลือก
วิธีการแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุย
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา

ของคน นอกจากนี้อาจความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในเวลาเดียวกัน สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่าและมีศักดิ์ศรีมากขึ้น ที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหานั้นอย่าง ระเบียบนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหานั้น ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มบรรลุจุดหมายของกลุ่ม เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหานั้นต่อไป ระเบียบนี้ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase or Terminating the Group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาที ก่อนการปิดประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินผลจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในการที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีอายุสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ดังนี้ (จิราวัฒน์ กำลังดี, 2543)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (Distinguished By their Supportive and Education Aims)
2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (Focus on a Single Life-Disrupting Event)
3. จุดประสงค์เบื้องต้น คือการสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (Primary Purpose of Supporting Personal Change)
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (Anonymous and Confidential Nature)
5. สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มโดยความสมัครใจ (Voluntary Membership)
6. ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ปวยด้วยกันเอง (Member Leadership)
7. ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใด ๆ จากการเข้ากลุ่ม (Absence of Profit Orientation)

เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น
2. ความเต็มใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ความพึงพอใจของสมาชิก

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองแล้ว ผู้วิจัยยังต้องศึกษาแนวคิดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ในการส่งเสริมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้เกิดผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม (ทิสนา แคมมณี, 2545) จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2538) การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยการให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่ตามลำพังลดความรู้สึกโดดเดี่ยว การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองของญาติผู้ดูแลต้องอาศัยหลักของกระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มได้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ อีกทั้งตามหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ญาติผู้ดูแลจะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าตรงกับความต้องการ ความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้หลักการนี้มาใช้ โดยการนำเรื่องที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประสบปัญหาอยู่มาเป็นหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้ ประกอบกับความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมการในการเข้ากลุ่มของญาติผู้ดูแลทั้งด้านรูปแบบ เวลาที่ใช้และความสามารถในการเรียนรู้แต่ละขั้นของผู้ใหญ่ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้มีการจัดรูปแบบการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองของญาติผู้ดูแล จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิก และเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มครั้งละ 1-1 ½ ชั่วโมง นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่มที่ต้องสร้างให้เกิดความเป็นกันเอง เปิดโอกาสและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มและการใช้ถ้อยคำที่สุภาพภายในกลุ่ม