

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 ญาติผู้ดูแล (Family Caregivers)
 - 2.2 ลักษณะเฉพาะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular Disease) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีมากถึง 206 คนต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โรคหลอดเลือดสมองมักพบในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.25 เท่า (World Health Organization, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 4 ของประชากรไทยรองลงมาจากโรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยมีอัตราการตาย 24.7 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2551 และ 24.66 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2552 แต่มีแนวโน้มว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วง 30 วันแรกของการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีเพียง

ร้อยละ 10 ที่สามารถหายเป็นปกติ ผู้ป่วยส่วนที่เหลือเกิดความพิการจากเซลล์ประสาทตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลังเจ็บป่วย (อัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542) ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความผิดปกติ ของการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ประสาทรับรู้และการเรียนรู้ การสื่อสาร ความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตก มีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70 เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะ Atherosclerosis เพิ่มขึ้นและเกิด Thrombosis หรือมีการหลุดของ Emboli จากผนังหลอดเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองส่วนปลาย ๆ ทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือด (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

2. โรคหัวใจ

2.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะ AF ร่วมด้วย เนื่องจากภาวะนี้จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด มีการรวมตัวกันของเม็ดเลือด และเกล็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจห้องบน ไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง ผู้ป่วย AF มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำถึงร้อยละ 12 – 14 ในช่วง 2 สัปดาห์แรก (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.2 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ที่เป็นผลให้มีลิ่มเลือด (Emboli) ในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ผู้ป่วยโรค Rheumatic Valvular Disease ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่ว โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic Stroke) และผู้ป่วยโรค Rheumatic Valvular Disease มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำร้อยละ 40 ในเดือนแรก (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับ Cholesterol, Triglycerides และ Low-density Lipoprotein (LDL) สูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โดยเฉพาะของหลอดเลือดแดง Carotid ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการตีบตันของหลอดเลือด (พิงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2548)

4. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของคนปกติ การสูบบุหรี่มี

ผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับโคเลสเตอรอล และลดการหลั่งของ Catecholamine และคาร์บอนมอนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดมีผลทำลาย Endothelial Cell ของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

5. ภาวะเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในกลุ่มหลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน (Lacunar Stroke) และการแข็งตัวของหลอดเลือดเส้นใหญ่ (Atherosclerosis) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 2.5 - 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุเท่ากัน (วิชัย เอกพลากร, 2550)

6. ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมาก เช่น ใน Polycythemia จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากเนื้อสมองขาดเลือด (Cerebral Infarct) เพราะภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากจะทำให้เลือดมีความหนืด และมีการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่ตีบแคบเดิมอยู่แล้ว (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะการเกิด ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke/ Occlusive Stroke) ซึ่งพบได้ร้อยละ 80 เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจาก เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการอุดตันหรือตีบตันของเส้นเลือดในสมอง

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งพบได้ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก

พยาธิสรีรวิทยา

โดยปกติสมองจะได้รับเลือดไปเลี้ยงปริมาณ 750 มิลลิลิตรต่อนาที (50-55 มิลลิลิตรต่อสมอง 100 กรัมต่อนาที) และสมองต้องการใช้ออกซิเจนประมาณ 50 มิลลิลิตรต่อนาที ใช้พลังงานประมาณ 400 กิโลแคลอรีต่อวัน และใช้กลูโคส 75 มิลลิกรัมต่อนาที เลือดแดงจะไหลผ่าน Internal Carotid Artery ไปยังสมองและออกจาก Jugular Vein กระบวนการทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 7 วินาที สมองจึงมีพลังงานสำรองน้อยมาก ถ้าสมองได้รับเลือดลดลง จะทำให้คลื่นไฟฟ้าสมองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน มึนงง และถ้าสมองได้รับเลือดลงเหลือ 8-10 มิลลิลิตรต่อสมอง 100 กรัมต่อนาทีสมองจะถูกทำลายจนไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เพราะการเผาผลาญกลูโคสของสมองเพื่อให้ได้พลังงานทำได้ไม่เหมือนเดิม และถ้ายังไม่สามารถแก้ไขให้สมองได้รับ

เลือดไปเลี้ยงตามปกติให้เร็วที่สุดเซลล์ประสาทในสมองจะตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์, 2547) มีดังนี้

1. รอยโรคของระบบหลอดเลือดสมองด้านหน้า (Anterior Circulation) พยาธิสภาพเกิดที่แขนงหลอดเลือดแดง Carotid ได้แก่ Anterior Cerebral Artery, Internal Carotid Artery หรือ Middle Cerebral Artery โดยทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบริเวณใบหน้า แขนและขาพบร้อยละ 65, การรับรู้ความรู้สึกบกพร่องครึ่งซีกพบร้อยละ 60, ตามองไม่เห็น 1 ข้างพบร้อยละ 35, ความผิดปกติด้านภาษา ปวดศีรษะพบร้อยละ 20 และพูดไม่ชัด มองเห็นไม่เต็มลานสายตาพบร้อยละ 15
2. รอยโรคของระบบหลอดเลือดสมองด้านหลัง (Posterior Circulation) พยาธิสภาพเกิดที่หลอดเลือดแดง Vertebral Artery, Basilar Artery หรือ Posterior Cerebral Artery โดยมักทำให้การทรงตัวเสียไป เดินเซพบร้อยละ 50, ชาซีกตรงกันข้ามกับรอยโรคหรือข้างเดียวกัน บานหมุนพบร้อยละ 30, อัมพาตซีกตรงกันข้ามกับรอยโรคหรือข้างเดียวกัน พูดไม่ชัด หรือกลืนลำบาก พบร้อยละ 25 และไม่ได้ยินเสียง เห็นภาพซ้อนพบร้อยละ 10

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นการรักษาโดยการให้ยา การผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547)

1. การรักษาด้วยยา มีดังนี้ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ยาต้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ยาขยายหลอดเลือด ยารักษาภาวะสมองบวม และยาลดความดันเลือด เป็นต้น
2. การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาจำเพาะในภาวะเลือดออกในสมอง คือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยระวังไม่ให้สูญเสียเนื้อสมอง หรือการผ่าตัดเอาหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติออก การผ่าตัดมาตรฐานได้แก่การทำ Craniotomy การผ่าตัดเพื่อการรักษาภาวะโพรงน้ำสมองอุดตัน รักษาโดยการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำจากโพรงน้ำสมองลงสู่ช่องท้อง (Ventriculoperitoneal Shunting) และการผ่าตัดหลอดเลือด Carotid โดยการทำผ่าตัด Carotid Endarterectomy หรือ Carotid Angioplasty เพื่อแก้ไขภาวะตีบแคบของหลอดเลือด Carotid ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

3. การฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วย

การฟื้นฟูสภาพ หลังจากการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีความพิการเกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีดังนี้

3.1 การทำกายภาพบำบัด เป็นการฟื้นฟูร่างกายส่วนที่อ่อนแรง และเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และเพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่สามารถทำได้ โดยกระบวนการฟื้นตัวของระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการฟื้นตัวของระบบประสาท ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงและฟื้นตัวของระบบประสาทตามลำดับขั้นตอนดังนี้ ในระยะแรกไม่ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามผู้ป่วยจะมีความอ่อนแอครั้งซีก แขน ขาซีกที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวได้สภาวะของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาวะอ่อนปวกเปียก (Flaccid) โดยทั่วไปจะเกิดอยู่ 48 ชั่วโมงต่อมา Deep Tendon Reflex (DTR) จะค่อย ๆ กลับมาเริ่มเข้าสู่ระยะ Spastic DTR จะตรวจพบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ โดยมีการเคลื่อนไหวเป็น Gross Movement ของกลุ่มกล้ามเนื้อใช้เวลา 2 - 30 วัน (2 - 4 สัปดาห์แรก) หลังจากนั้นจะเกิดการเคลื่อนไหวโดยตั้งใจ (Isolated Voluntary Movement) ของกล้ามเนื้อจะตามมา (6 - 33 วัน) ถ้าพบว่าการเคลื่อนไหวดังกล่าวไม่เกิดขึ้น เช่น ไม่สามารถขยับมือได้โดยตั้งใจภายใน 4 - 6 สัปดาห์ หรืออย่างช้าภายใน 3 เดือน แสดงถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยมือข้างนั้นอาจจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนสภาพหน้าที่ได้ตามปกติอีก โดยทั่วไปจะพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10 ที่สามารถฟื้นตัวได้เป็นปกติ ผู้ป่วยอีกร้อยละ 10 เกิดความพิการมากจนไม่สามารถฟื้นฟูได้ และผู้ป่วยส่วนที่เหลือสามารถให้การฟื้นฟูได้ภายในระยะเวลา 1 - 3 เดือนแรก หลังเจ็บป่วย 6 เดือนขึ้นไปจะพบการฟื้นตัวของระบบประสาทได้แต่ไม่มากนัก (อรรฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542)

3.2 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11 - 68 (Simons, 2001) ภาวะซึมเศร้าจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวม ดังนั้นจึงควรมีการประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถ้ามีภาวะซึมเศร้าให้การดูแลโดยการให้ยาลดอาการซึมเศร้า และปรับประคับประคองด้านจิตใจ

3.3 การให้คำปรึกษาทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความพิการหลังเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ การให้คำปรึกษาด้านอาชีพ และการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังเจ็บป่วยเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่อ่อนแรง

ได้เองโดยตั้งใจ เพราะกระบวนการฟื้นตัวของระบบประสาทต้องใช้เวลา 2 – 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร และยา การแต่งกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย และการทำกายภาพบำบัดจากญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver)

ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Care Receiver) ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถนะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้นเป็นการให้การช่วยเหลือดูแลที่ไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล มุ่งเน้นที่การดูแลกันเองของบุคคลในครอบครัว (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใยเอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เผชิญ และมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

ประเภทของญาติผู้ดูแลแบ่งตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541) คือ

1. ผู้ดูแลหลัก หรือ Primary Caregiver เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำแก่ผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเป็นหลัก เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัวเป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง หรือ Secondary Caregiver เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในบริบทของการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ในการดูแลด้านอื่น ๆ มากกว่าการให้ความช่วยเหลือที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง ลักษณะการดูแลของผู้ดูแลรองคือ การจัดการด้านการเงิน การเดินทาง การนำผู้ป่วยเดินทางไปพบแพทย์ หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้แต่ให้เวลาแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

กล่าวโดยสรุป ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส บุตร

หรือญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ทำหน้าที่ด้วยความรัก และเพื่อตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วย

ลักษณะเฉพาะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน และประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อดูแลและจัดการเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะเฉพาะในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ กิจกรรมการดูแล ระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมการดูแล และสภาพสังคมและเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเป็นบุตรสาวของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 40 - 50) และรองลงมาเป็นภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 20 - 30) โดยอายุของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30- 50 ปี และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (นันทพร ศรีนิม, 2545; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; กรรณิกา คงหอม, 2546; ธัญญาภรณ์ ดาวันเพ็ญ, 2547; ศศิธร ช่างสุวรรณ; 2548; จุไรรัตน์ เกลี้ยงเกลา และคณะ, 2548) ญาติผู้ดูแลร้อยละ 50 มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่หลังจากดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่งพบว่าผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยลดลง (นันทพร ศรีนิม, 2545) และญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (สุวิรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; บุศกร กลิ่นอรุณ, 2549)

2. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ภาวะสุขภาพก่อนทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 20 - 50

มีโรคประจำตัวก่อนรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล (เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; กรรณิกา คงหอม, 2546) และโรคประจำตัวที่พบ คือ โรคกระดูกและข้อเสื่อมพบมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน แผลในกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545) และพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเดิมอยู่ อาการป่วยจะกำเริบบ่อยขึ้น ต้องเข้ารับการรักษามากขึ้น (นันทพร ศรีนิม, 2545)

2.2 ภาวะสุขภาพหลังทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหลังทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยมีอาการปวดตามตัว หลัง แขนและขามากที่สุด รองลงมาเป็นโรคกระเพาะอาหาร และเป็นไข้หวัด ตามลำดับ (เสาวลักษณ์ เนตรขัง, 2545)

3. กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องการขับถ่าย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว และการนอนหลับพักผ่อน เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำมากที่สุด (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541; นันทพร ศรีนัม, 2545; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2548)

3.2 การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลทำแผลกดทับ การดูแลดูดเสมหะจากท่อหลอดลมที่เจาะคอไว้ ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

3.3 การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยการออกกำลังกายบำบัด และการดูแลเรื่องความปลอดภัย เช่น การดูแลป้องกันการตกเตียง การล้ม การบีบนิ้ว หัดให้ผู้ป่วยเดิน และพาผู้ป่วยไปฝังเข็มเพื่อรักษาอาการแขนขาอ่อนแรง (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

3.4 การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลต้องดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลต้องอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2543)

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม 6 - 15 ชั่วโมงต่อวัน (สุรรัตน์ ชวงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541; เสาวลักษณ์ เนตรขัง, 2545; บุศกร กลิ่นอวล, 2549) โดยการจัดการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลามากที่สุด (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ ในการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) พบว่าญาติผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาตั้งแต่น้อยกว่า 1 ปี จนถึงนานที่สุด คือ 14 ปี

5. สภาพสังคมและเศรษฐกิจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 การประกอบอาชีพ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เมื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีญาติผู้ดูแลบางส่วนที่เปลี่ยนแปลงอาชีพจากทำงาน

ประจำ มาเป็นทำงานเพียงบางวัน หรือเปลี่ยนอาชีพมาทำงานที่บ้านแทนการทำงานนอกบ้าน รายได้ของครอบครัวลดลง เกิดจากในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวต้องหยุดพักรักษาตัว และญาติผู้ดูแลต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย หรือทำงานเพียงบางวัน และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยอีกด้วย ผู้ดูแลร้อยละ 19 - 90 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (สุดศิริ หิรัญขุนทด, 2541; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

5.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว (ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า, 2547) อย่างไรก็ตามยังพบว่าเกิดความขัดแย้งในครอบครัวจากบทบาทที่เปลี่ยนไป มีการผลัดภาระการดูแล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เพราะญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยประเมินความต้องการการดูแลแตกต่างกัน (สุดศิริ หิรัญขุนทด, 2541)

5.3 การเข้าร่วมสังคม พบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยอยู่คนเดียวเกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง หรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง (จินตนา สมนึก, 2542; นันทพร ศรีนิม, 2545)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีการปฏิบัติตน เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพให้สูงขึ้น และเพื่อความผาสุกในชีวิต (Pender et al., 2006) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้จะต้องเป็นพฤติกรรมในทางบวกที่กระทำต่อเนื่องเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตประจำวัน จนกลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Healthy Lifestyle) Walker and Hill (1996 อ้างถึงใน น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ได้เสนอวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) หมายถึง การแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับผลประโยชน์จากการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ช่วยลดความเครียด และทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสม เช่น การใช้เวลาร่วมกับเพื่อนสนิท หรือการแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่น
2. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การควบคุม

ภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) หมายถึง การสนใจต่อสุขภาพของตนเอง มีความรับผิดชอบต่อใส่ใจสุขภาพของตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และการแสวงหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง

4. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) หมายถึง การกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย รวมทั้งการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

5. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) หมายถึง การกระทำกิจกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิค เป็นต้น

6. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือตนเอง ซึ่งการพัฒนาจิตวิญญาณเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเอง ก่อให้เกิดการมีจุดหมายในชีวิต และภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง รวมถึงความเชื่อในศาสนาซึ่งทำให้บุคคลได้พบกับความสงบสุขในชีวิต

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพของญาติผู้ดูแลจึงเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน มีความรักและความอบอุ่นในครอบครัว การมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีสภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่ที่ดี ไม่เครียด การมีสุขภาพที่ดีจะเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอีกด้วย เพราะการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องใช้เวลามาก ใช้แรงกาย และกำลังใจ เพราะต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยาวนาน (กรรณิกา คงหอม, 2546; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; วรรณ มีสุข, 2548) การมีสุขภาพที่ดีของญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของ Periard and Ames (1993) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 รายให้ข้อมูลว่าหลังจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงแบบ

แผนการดำเนินชีวิต เช่น เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และไม่มีเวลาดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมง หรือนอนแล้วตื่นบ่อย ๆ กลางคืน (เสาวลักษณ์ เนตรซึ้ง, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าญาติผู้ดูแลไม่ออกกำลังกาย (นันทพร ศรีน้อม, 2545) รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หรือรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ต่อวัน (นันทพร ศรีน้อม, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) การเข้าร่วมสังคม พบว่าญาติผู้ดูแลไม่มีเวลารว่างเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน และไม่มีคนให้พูดคุยระบายความทุกข์ (นันทพร ศรีน้อม, 2545) และเกิดความขัดแย้งกับญาติคนอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย (สุดศิริ หิรัญขุนทด, 2541) การจัดการกับความเครียด พบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.26$, $SD = 0.22$) (เสาวลักษณ์ เนตรซึ้ง, 2545) และพบว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญปัญหา ด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 39) รองลงมาคือ การบรรเทาความเครียด (ร้อยละ 33) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 28) (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2543) และพยายามปรับตัวโดยการจัดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเดิม และรวมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไว้ในกิจวัตรประจำวันของตนเอง (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) อย่างไรก็ตามพบว่ามีญาติผู้ดูแลบางส่วนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม เช่น การละทิ้งผู้ป่วย (ร้อยละ 13) อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย (ร้อยละ 28) รับประทานอาหารมากขึ้นและสูบบุหรี่ (ร้อยละ 25) (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2543) ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเองพบว่าญาติผู้ดูแลมีอาการปวดเมื่อย เจ็บตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจากการอุ้ม ยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกวิธี และเกินกำลังของตนเอง แต่ญาติผู้ดูแลก็ยังฝืนทำ (เสาวลักษณ์ เนตรซึ้ง, 2545; นันทพร ศรีน้อม, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยพบว่าภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วยระหว่างทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ไม่ไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปี เพราะไม่ต้องการทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2537) นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นกัน จากการศึกษาของ Connell (1994) พบว่าหลังจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแล้วญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง รับประทานอาหารได้น้อยลง (ร้อยละ 38.6) ออกกำลังกายลดลง (ร้อยละ 32.3) และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 42.9) การศึกษาของ Burton et al. (1997) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่อง ขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 29) พักผ่อนไม่เพียงพอ

(ร้อยละ 24) และไม่ได้พักผ่อนเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 14) และไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 7) และการศึกษาของ Castro, King, Housemann, Bacak, McMullen, and Brownson (2007) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในชนบทจำนวน 1,234 รายพบว่าญาติผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ในเรื่อง การเดินเพื่อการออกกำลังกาย การขอคำปรึกษา เมื่อเกิดความเครียด และการขอคำปรึกษาด้านโภชนาการ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติน้อยลง คือ ด้านการรับประทานผักและผลไม้ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

Pender (1996) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นการบรรลุซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง และปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และมีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

การแสดงออกของภาวะสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจอาการและอาการแสดง ความผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนัก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินการรับรู้ของบุคคล ซึ่งบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความรู้สึก จึงเรียกว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ด้านคุณลักษณะ และประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ซึ่งบุคคลที่รับรู้

ภาวะสุขภาพของตนเองดี มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (เสาวลักษณ์ เนตรขิง, 2545; วรรณ มีสุข, 2548; Yeung, Lui, Ross, & Murrells, 2007) และพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 42.3 รายงานว่ารับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (Morimoto, Schreiner, & Asano, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .36, p < .01$) (Tang & Chen, 2002) และ Lo (2009) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 79 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .49, p < .05$) และพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นกัน จากการศึกษา Connell (1994) ศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 44 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .48, p < .001$) การศึกษาของ McDonald et al. (2005) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 393 รายพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .25, p < .05$) และการศึกษาของ Wuest et al. (2007) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลเพศหญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 236 รายพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .24, p < .05$)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน แต่การศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะยังมีน้อย จึงต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วย

การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วย (Perceived Caregiving Demand) เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

ต่าง ๆ จากญาติผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยนี้จะขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ คือ ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ และการทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 อ้างถึงใน กรรณิกา คงหอม, 2546) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific Cognitions and Affect) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับบริบทต่าง ๆ ที่อาจไปยับยั้งหรือสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งวัน จึงเป็นสถานการณ์ที่ยับยั้งโอกาสที่ญาติผู้ดูแลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เพราะบุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อรู้สึกสุขสบาย สะดวก และสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมของตนเอง

การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา มีดังนี้ การศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ (2543) ศึกษาความต้องการการดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันเฉลี่ย 6.7 กิจกรรมจากทั้งหมด 10 กิจกรรม เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การเดินในบ้าน และการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่ต่าง ๆ ตามลำดับ และรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลที่เป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอื่น ๆ เฉลี่ย 4.6 กิจกรรมจาก 5 กิจกรรม เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทางโดยรถสาธารณะ และการไปธนาคาร เป็นต้น ส่วนการศึกษาของ Sit et al. (2004) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลในกิจกรรมต่างๆ เช่น การดูแลตามคำแนะนำของแพทย์ (ร้อยละ 87.3) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ร้อยละ 81.4) และการดูแลสุขอนามัย (ร้อยละ 74.5) เป็นต้น และการศึกษาของ Bakas, Austin, Jessup, Williams, and Oberst (2004) ศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง พบว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด คือ การดูแลด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมที่ยุ่งยากมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลต้องเลือกปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยก่อนนั้น อาจไปยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้

ส่วนความสัมพันธ์ของการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น พบว่า กรรณิกา คงหอม (2546) ได้ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ($r = -.31, p < .05$) การปรับตัวนี้เป็นพฤติกรรมจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Walker and Hill (1996 อ้างถึงใน น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ได้จัดให้พฤติกรรมจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมหนึ่งในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Tang and Chen (2002) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .20, p < .01$) ผู้ป่วยจะมีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย ถ้ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยน้อย จึงมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มาก และมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นกัน จากการศึกษาของ Gallant and Connell (1997) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 233 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .27, p < .05$) ซึ่งการพึ่งพาญาติผู้ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันในระดับมากนั้น แสดงถึงความพิการของผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลจากญาติมากเช่นกัน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่พบ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ขาดการออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และไม่ควบคุมน้ำหนัก

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน ส่วนการศึกษารับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีการศึกษาโดยตรง จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพิ่มเติม

การสนับสนุนทางสังคม

ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior - specific Cognitions and Affect) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ และสนับสนุนให้ปฏิบัติ

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ธัญญาภรณ์ ดาวันพเก้า, 2547) การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน และได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .40, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ($\beta = .40, p < .001$) (Tang & Chen, 2002) พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นกัน จากการศึกษาของ Gallant and Connell (1997) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -.18, p < .05$) และจากการศึกษาของ Padula and Sullivan (2006) ศึกษาระยะเวลาการสมรสต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคู่สมรสสูงอายุ พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 11.4 ($p < .05$) ขณะที่ Wuest et al. (2007) ศึกษาสัมพันธภาพในอดีตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 236 รายพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากภายนอกมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ ($\beta = .15, p < .05$)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตามการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะ มีข้อจำกัด

จึงต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุคคลที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพหลังจากทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่องานประจำวันของญาติผู้ดูแล และถ้าญาติผู้ดูแลปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ และเกิดความเจ็บป่วยตามมา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดี เพิ่มขีดความสามารถของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ และปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดในการศึกษาในเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีน้อย การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เครื่องมือในการวิจัยแตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่มีการศึกษาโดยตรงในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง