

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับการบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วนหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล
4. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล
5. การดูแลผู้พึ่งพาตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และความผาสุก
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease/ Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับเลือดและออกซิเจนลดลงจนอาจเกิดภาวะสมองตายได้ (Gillen & Burkhardt, 1998) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2001 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นผลมาจากการรบกวนการทำงานที่ของสมองเฉพาะแห่งหรือทั้งหมด กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง สามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นสองกลุ่ม ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Black & Matassarin-Jacobs, 1993)

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตันหรือตีบ (Occlusive Stroke or Ischemic Stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือการอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)

2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) คือการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือเกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage)

จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้เกิดกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาท จากกระบวนการทำหน้าที่ของสมองถูกรบกวนหรือสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวและสามารถกลับคืนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Transient Ischemic Attack) หรือมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible Ischemic Neurological Deficit) หรือมีอาการและอาการแสดงในลักษณะสมองเสียหายที่ทีละน้อยและคืบหน้าไปเรื่อย ๆ อาจเป็นเวลาชั่วโมงหรือหลายวันจนกระทั่งเสียหายที่โดยสิ้นเชิง (Stroke in Evolution หรือ Progressive Stroke) โดยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (Complete Stroke) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าเสียชีวิต มักเกิดในช่วง 30 วันแรกของการเกิดโรค หลัง 30 วันจะมีผู้รอดชีวิตประมาณร้อยละ 70-85 ซึ่งในปัจจุบันนี้อัตราตายในช่วง 30 วันแรกลดลงเนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ปัญหาที่ตามมา คือผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนานและต่อเนื่อง (จิตเวช จิตประคับ และ ภาริส วงษ์แพทย์, 2542; Periaed & Ames, 1993)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Watson & Quinn, 1998) คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวร่วมด้วยหรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะนี้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจและระบบการหายใจผิดปกติ ในระยะนี้ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะมีโอกาสในการรอดชีวิตต่ำด้วย

2. ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ใช้เวลาหลังการเจ็บป่วย 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในทางเลวลง มีระดับคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป มีความดันโลหิตปกติ หากความดันโลหิตสูงไม่ควรเกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะนี้ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด และอาจเกิดปัญหาปอดอักเสบ ขาดสารอาหารจากการมีปัญหาเรื่องการกลืน (Phipps, 1991)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อที่จะลดความพิการ สามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early Recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Later Recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ซึ่งในระยะนี้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพียงพอและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หรือใกล้เคียงสภาวะเดิมมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำการกิจกรรมในการดูแลให้ผู้ป่วยรับการดูแล (Care Receiver) อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) เรียกกลุ่มนี้ว่า “Formal Carer” ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ ญาติผู้ดูแล (Informal Carer, Family Caregiver, Family Caretaker) เป็นญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน ญาติหรือกลุ่มบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม่แต่บุคคลสำคัญในชีวิตมักมีความสัมพันธ์เป็นแบบหนึ่งต่อหนึ่งและที่สำคัญจะไม่ได้รับเงินหรือรางวัลเป็นการตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความผูกพัน ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ (Davis, 1992; Walker et al., 1995; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรค มีความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มีการจำแนกประเภทของญาติผู้ดูแลตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ดังนี้ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอมสุวรรณ์, 2541)

1. **ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผล การช่วยในการขับถ่าย การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. **ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect Care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน อาจจะอยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนใดๆ

ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล

การที่บุคคลใดหรือใครจะเป็นผู้ดูแลบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลนั้น อาจขึ้นอยู่กับสาเหตุ หรือปัจจัยของการเป็นผู้ดูแลหลายอย่าง ชูชิน ชีวพูนผล (2541) ศึกษาสาเหตุของการเป็นผู้ดูแลว่าขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด

2. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับความช่วยเหลือ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ซึ่งมักเป็นผู้ให้การดูแล

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับความช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีบุตรเป็นแพทย์ หรือพยาบาล บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

4. การยอมรับของผู้รับความช่วยเหลือ มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลหนึ่งที่ตนเป็นผู้เลือกเท่านั้น

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำประจำอยู่ เป็นต้น

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

คุณลักษณะของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และพัฒนาศักยภาพการดูแลของตนเอง จึงจะทำให้ผู้รับการดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี คุณลักษณะของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้แก่

1. บุคคลหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีบุคลิกส่วนตัวที่เข้มแข็งอดทน มองการดูแลในแง่ดี มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นหรือหายได้ จะมีความพยายาม และอดทนต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถึงที่สุด เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ชูชื่น จีวพูนผล (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและอดทนสูง จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำ และมีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ส่วนผู้ดูแลที่มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง กลัววิตกกังวล ไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแล จะส่งผลให้ความมั่นใจในการดูแลลดลงเกิดความผิดพลาดในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา สุทธยากร (2531) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง จะไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้สูงไม่มีความพอใจในการดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล

2. ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากบุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรืออาการดีขึ้นได้ และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่าความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละราย มีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ความสนใจในการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ การซักถาม หรือความซังกะตาดของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวราณี สุขวิญญาน์ และคณะ (2537) เรื่องผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อม จะมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพลังใจที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและรับรู้ภาระการดูแลลดลง

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดในเรื่องความสามารถส่วนบุคคล ที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ ทำให้มีความยากลำบากในการจัดการหรือเผชิญต่อความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ หรือเจ็บป่วยบ่อย มีโรคประจำตัว มีความวิตกกังวล หรือต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความจำเป็น เนื่องจากเป็นหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขที่ต้องให้การดูแล เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีความอดทนและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้สึกรีเครียดหรือเหนื่อยล้ามากนัก

4. ความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักและสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล แต่หากผู้ดูแลมีความรัก ความสงสาร และเคยผูกพันร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา จะทำให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่น และมีความตั้งใจในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญใจ ตรีไพวงศ์ (2540) และชูชน ชีวพูนผล (2541) ที่พบว่าสัมพันธภาพหรือความรักใคร่ผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าลูกความมากหรือน้อย ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพหรือความรักใคร่ผูกพันกันดี จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าไม่ลูกความ และจะทำให้ไม่รู้สึกรีเครียดในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล

เมื่อสมาชิกคนใดในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย มีความพิการหลงเหลือและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ครอบครัวมักมีการตกลงกันให้สมาชิกคนหนึ่งคนใดเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันคือ เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วยหรือเพราะผู้ป่วยเป็นคนดี เป็นบุคคลที่สามารถหยุดงานมาเป็นผู้ดูแลได้ หรือมีความเหมาะสมทางเพศ เช่น เพศชายควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรีตัวเนื่องจากมีความแข็งแรงของร่างกายเหมาะสมมากกว่าเพศหญิง (สุคติริ หิรัญขุนหะ, 2541, หน้า 51) ซึ่งไม่ว่าจะตกลงใจมาเป็นผู้ดูแลด้วยเหตุผลใดก็ตาม ถ้าตกลงด้วยพื้นฐานแห่งความรักและห่วงใยก็จะทำให้ผู้ดูแลยินดีเสียสละชีวิตที่อิสระเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย มีดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วยความสามารถใน 6 กิจกรรม คือ

1.1 ดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย ซึ่งการทำความสะอาดร่างกายอาจใช้วิธีการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียงหรืออาจใช้วิธีการอื่น เช่น ยกตัวผู้ป่วยนั่งเก้าอี้หรือเก้าอี้เข็นพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ และ

อาบน้ำผู้ป่วยวิธีเดียวกับการอาบน้ำโดยทั่วไป คือ การใช้ขันตักน้ำหรือใช้สายยางฝักบัวรดตัวผู้ป่วย วิธีอาบน้ำย่อมขึ้นกับสภาพแวดล้อมและการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนการสวมและถอดเสื้อผ้ามีหลักการช่วยเหลือ คือ ไม่เคลื่อนไหวแขนขาเกินขอบเขตที่ควรจะเป็น ให้แขนขาข้างที่เคลื่อนไหวมากกว่าข้างที่ไม่ปกติ ให้สวมเสื้อผ้าแขนขาที่ไม่ปกติก่อน แต่เวลาถอดออกจากร่างกายให้ถอดข้างที่ไม่ปกติทีหลัง เสื้อผ้าต้องไม่คับจนเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกง่ายและไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยมากเกินไปขณะเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย โดยปกติผู้ดูแลควรดูแลสิ่งแวดล้อมภายหลังการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ทำความสะอาดบริเวณรอบเตียงนอน จัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าควรกระทำวันละ 2 เวลา คือ ช่วงเช้าและช่วงเย็น สำหรับช่วงเวลากลางวันหรือช่วงเวลาที่อากาศร้อน ผู้ดูแลอาจเช็ดตัวให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

1.2 ผู้ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกผู้ดูแลเมื่อต้องการขับถ่าย ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะและถ่ายอุจจาระรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลมิให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเปื้อนร่างกายหรือผู้ป่วยนอนแช่ปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและเกิดการติดเชื้อได้ ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีการใส่ถุงยางอนามัยพันรอบอวัยวะเพศชาย โดยให้ถุงยางอนามัยต่อกับถุงใส่ปัสสาวะ (Urine Bag) ทำให้ปัสสาวะไม่รดที่นอนหรือใส่ถุงพลาสติก ผู้ดูแลต้องคอยเปลี่ยนถุงยางอนามัยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำสบู่ สำหรับการถ่ายอุจจาระผู้ดูแลเช็ดทำความสะอาดภายหลังการถ่ายทุกครั้ง (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2548) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันหรือท้องผูก ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระโดยใช้ยากระตุ้นการขับถ่าย หรือให้ยาเหน็บตามที่ปรึกษาแพทย์ หรืออาจจะต้องใช้วิธีการล้วงอุจจาระออกมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

1.3 ผู้ดูแลการหายใจ ผู้ดูแลต้องสามารถดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเคาะปอดอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้การขับเสมหะของผู้ป่วยเป็นไปได้ด้วยดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบจากการมีเสมหะคั่ง นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องสังเกตและประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการหายใจได้ เช่น หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ ชีพจรเต้นเร็ว ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก เป็นต้น รวมทั้งการสังเกตลักษณะและปริมาณของเสมหะภายหลังการไอของผู้ป่วยในแต่ละครั้งด้วย ในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยโดยการจัดทำเพื่อระบายเสมหะหรือน้ำลายออก รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น (Scherer, 1991)

1.4 ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ดูแลควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยในแต่ละวันผู้ป่วยควรจะได้รับอาหารที่มีคุณค่าประมาณวันละ 3,000-4,000 แคลลอรี่ และได้รับน้ำวันละประมาณ 2,000-3,000 มิลลิลิตร (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องสามารถให้อาหารและน้ำทางสายให้อาหารแก่ผู้ป่วยได้ทั้งเรื่องของชนิดและปริมาณอาหารด้วยความถี่และเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลต้องแน่ใจว่าส่วนนำของสายอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทุกครั้ง ต้องมีการประเมิน สังเกต ติดตามสภาพร่างกาย จิตใจ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการให้อาหาร รวมทั้งการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ในรายที่มีปัญหาการกลืน จะเกิดการไอ การขย้อน ลำลัก (Lugger, 1994) ผู้ดูแลต้องเตรียมอาหารเหลวตามสูตรของโรงพยาบาลในปริมาณที่ต้องให้ภายใน 1 วัน และแบ่งให้แต่ละมื้อตามจำนวนที่แพทย์กำหนด หรืออาจเตรียมอาหารเหลวแต่ละมื้อที่บ้าน โดยจัดเตรียมอาหารที่มีความเข้มข้น 1-1.2 แคลลอรี่ต่อมิลลิลิตร เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินผลภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์อย่างสม่ำเสมอ หากผู้ดูแลไม่มีผู้ยื่นเก็บอาหารเหลว หากต้องการความสะดวกกว่านั้นอาจชงอาหารสำเร็จรูปแทน นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจให้น้ำดื่มหรือน้ำผลไม้ระหว่างมื้อตามความต้องการเพิ่มเติม (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541)

1.5 ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น โดยการพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนั่งรถเข็นหรือเก้าอี้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อตามที่ได้รับการฝึกจากนักกายภาพบำบัด โดยผู้ดูแลเป็นผู้กระทำ และพยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างดีช่วยออกกำลังกายแขนข้างที่ไม่มีแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองได้มากขึ้น ผู้ดูแลควรปฏิบัติให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

1.6 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย ผู้ดูแลควรวางแผนจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ลักษณะเตียงสำหรับผู้ป่วยควรจัดเป็นเตียงสูงเพียงพอที่ผู้ดูแลดูแลได้สะดวกขณะให้การดูแล เช่น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) อาจดัดแปลงเตียงให้สามารถปรับระดับได้เพื่อความสะดวกในการให้อาหาร อาจสั่งซื้อเตียงเหมือนเตียงโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ดูแลไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสี และต้องดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ (Bergman-Evans et al., 1994)

2. ความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคม ประกอบด้วยความสามารถใน 3 กิจกรรมคือ

2.1 การยอมรับและเข้าใจสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเอาใจใส่ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล การพูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นความรู้สึก

ของผู้ป่วยอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวผู้ดูแลต้องให้การยอมรับ เข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของสมอง การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคง เป็นปมด้อย ผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดิม ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ หรือปฏิบัติกิจกรรมแทนให้ผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเอง ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ควรสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตน (ดารณี จามจุรี, 2545)

2.2 การส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว และผู้ป่วยต้องการกำลังใจในขณะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ดูแลควรดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และเริ่มทำกิจกรรมที่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและอารมณ์เสียได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เหล่านั้น และควรมีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำสิ่งต่าง ๆ สำเร็จเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจ (เพียงใจ ศิริไพรวงศ์, 2540)

2.3 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวและอาการดีขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลควรทราบสาเหตุความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ป่วย และช่วยแก้ไขตามสาเหตุนั้น ๆ (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองด้านที่กล่าวข้างต้น ประกอบด้วยกิจกรรมหลายกิจกรรม อีกทั้งยังมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญและมีความตั้งใจจริงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจึงจะทำให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพ ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การดูแลดังกล่าวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวผู้ดูแลจะต้องเอาใจใส่ เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองแทนผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยและในทางเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมความผาสุกของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลกระทบของการดูแลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามียาละเอียด ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นปัญหาโดยตรงที่ทำให้ผู้ให้การดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะผู้ให้การดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและกำลังสติปัญญา หากผู้ให้การดูแลมีสุขภาพไม่แข็งแรงจะยิ่งทำให้สุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรม และจากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชนะ (2541) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ปวดหลัง ปวดเอวเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ภาระงานที่ต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าการแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ ขุ่นเคืองที่ถูกให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกมัดไว้กับผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้หมดกำลังใจ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และมีผลกระทบต่อคุณภาพของผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540)

3. ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาที่เป็นผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งการทำหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการแสดงบทบาท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยมาก่อน จะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน ไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะมากขึ้นตามสภาวะการดำเนินของโรค ดังนั้นผู้ให้การดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการให้

ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความช่วยเหลือในด้านคำรักษาพยาบาล การเดินทาง เสื้อผ้า หรืออาหาร จากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญขุนหะ (2541) ยังพบอีกว่าผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ตลอดทั้ง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะ เวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ ผู้ดูแลพบว่า ผลกระทบดังกล่าวเป็นผลในด้านลบจากการดูแลเป็นส่วนใหญ่ แต่จากการศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์ (2544) เรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการสัมภาษณ์ การศึกษาของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) และวิภาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่าการดูแลผู้ป่วยมีผลที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและลบดังนี้

1. ผลทางบวกได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลใน 5 ลักษณะคือ

1.1 ความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ รู้สึกสุขใจที่ได้ดูแลช่วยเหลือมาตลอด อย่างเต็มที่ รู้สึกเหมือนการได้ทำความดีอย่างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความทรมาน ได้ทำเต็มที่และ อย่างดีที่สุดแล้ว ผลที่ได้คือความผาสุกด้านจิตใจ มีความนับถือตนเอง ภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อย่าง สมบูรณ์

1.2 ได้บทเรียนสอนตนเอง ได้เห็นความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานถือเป็นประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

1.3 ได้บทเรียนสอนคนอื่น จากการได้ทราบเกี่ยวกับโรค

1.4 ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต ได้แลกเปลี่ยน

ความคิดเห็น ช่วยเหลือกัน ตลอดจนได้ทำหลาย ๆ สิ่งที่ไม่ได้ทำมาก่อน

1.5 มีโอกาสได้แทนคุณ ถือเป็นการตอบแทนคุณงามความดี ที่ผู้ป่วยเคยช่วยเหลือ เมื่อในอดีต

2. ผลที่เกิดขึ้นในทางลบมี 4 ลักษณะคือ

2.1 ความเดือดร้อนทางอารมณ์ของผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เกิดความกดดัน ทุกด้าน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เข้ามารบกวนความรู้สึกต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

2.2 ครอบครัวยากจนได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าฐานะของครอบครัว จะรับภาระได้ หรือต้องหยุดงาน ออกจากงาน ครอบครัวสูญเสียรายได้ ต้องประหยัด อดออม ด้ร่ายจ่ายที่จำเป็นมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ต้องขายไร่ ขายนา กู้หนี้ยืมสิน หรือยืมจากคนอื่น ต้องขายทรัพย์สินที่มีอยู่

2.3 สุขภาพทรุดโทรม จากการทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ให้การดูแลที่ยาวนาน เหนื่อย
พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย ปวดศีรษะ

2.4 วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงจากความอิสระสู่ความจำเจ การดูแลเป็นภาระอันหนักหน่วง
จนแทบไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่เคยทำปกติ เวลาวางน้อลง ไม่มีเวลาพักผ่อน
ต้องยกเลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติ การกระทำใดที่จำเป็นต้องวางแผนไว้ล่วงหน้า ไม่สามารถไปไหนได้นาน

การดูแลผู้พึ่งพาตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และความผาสุก

โอเร็ม (Orem, 1985; 1991; 1995) เสนอแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองและ
การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา แนวคิดดังกล่าวมีมิติโครงสร้างเชิงทฤษฎีเหมือนกัน และมีความ
เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลต้องมีความสามารถเพื่อ
ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นให้แก่ผู้ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ในขณะเดียวกัน
การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ดูแลยังต้องดำเนินต่อไป ซึ่ง
ความสามารถในการดูแลทั้ง 2 มิติดังนี้เกิดขึ้นควบคู่กัน เมื่อสามารถพัฒนาให้คงอยู่ได้ในระดับที่
เพียงพอ จะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง รวมทั้งดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่องและ
เหมาะสม อย่างไรก็ตาม โอเร็ม (Orem, 1985; 1991; 1995) เชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเกิดความพร่องใน
การดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระบบการพยาบาลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือ
บุคคลเพื่อให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อง
พึ่งพา

โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ให้ความหมายของการดูแล
ตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของ
ตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม
และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปได้
ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นพฤติกรรมที่จิตใจ และมี
เป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ (Orem, 1985) คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและ
ตัดสินใจ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นต้องมีการกำหนด
เป้าหมาย เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ในการติดตาม
ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

ดังนั้น ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกแต่ละคนที่เป็นระบบย่อย
ของครอบครัว จึงมีบทบาทที่แตกต่างกัน อาจเป็นผู้ให้การดูแล ผู้รับการช่วยเหลือ หรือดำเนิน
บทบาทอื่น ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทั้งทางด้านโครงสร้าง และหน้าที่ของครอบครัว

การรับผิดชอบดูแลสมาชิกที่ต้องพึ่งพาดังกล่าว จึงเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985) เรียกบุคคลที่ให้การดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ว่า

“Dependent Care Agent” การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลทั้งหมดของบุคคลในความรับผิดชอบ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ ประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้น มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะรักษาให้หายขาดไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีความพิการเหลืออยู่ จึงต้องดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพตลอดไป การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาระที่ซับซ้อน สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องดูแลกันเองตามหน้าที่ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบได้ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้าหากันกับบทบาทใหม่ที่แต่ละฝ่ายประสบ เพื่อให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น มีความสุขตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะเดียวกันญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก็ควร ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพเช่นเดียวกัน

ตามความคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีหลายระดับ เช่นเดียวกับการดูแลตนเองตั้งแต่ระดับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตามระยะการพัฒนาร่างกาย การดูแลเมื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพามีปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง และบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความผาสุก

โอเร็ม (Orem, 1995) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกว่าเป็นสถานะที่บุคคลรับรู้สภาพที่เป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะแสดงในลักษณะของความชื่นชม ยินดี ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุขทั้งทางด้านจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติหรือบูรณาการแห่งตนที่คาดหวังไว้ การคงไว้และพัฒนาบุคลิกภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ดูพวย (Dupuy, 1977) ให้ความหมายของความผาสุกว่าเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และความรู้สึกของบุคคลต่อชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน ซึ่งมีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวก และการควบคุมตนเอง

โดยความรู้สึกทั้ง 6 ด้านสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวล เป็นผลจากการคิดประเมินตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากนักน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการประเมินขึ้นกับการรับรู้กระบวนการคิดตัดสินของแต่ละบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของความวิตกกังวล เครียด หงุดหงิด กลัว หวั่นวิตกและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจากลักษณะการประเมินความวิตกกังวลของดูพวยประเมินเกี่ยวกับอาการกระสับกระส่าย ความตึงเครียด ความเครียด แรงกดดัน ว้าวุ่นใจ ความกังวลใจ

2. ความซึมเศร้า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ความรู้สึกท้อแท้ หดห้วงมองโลกในแง่ร้าย ดำเนินตัวเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความสุขเสีย โดยแบ่งระดับความซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือ 1) ความซึมเศร้าในระดับต่ำ จะมีลักษณะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดเป็นครั้งคราว เช่น การสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีค่า เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ 2) ความซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นภาวะที่รุนแรงกว่าระดับต่ำ สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ 3) ความซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลงผิด ประสาทหลอน

3. ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health) ดูพวยจัดภาวะสุขภาพเป็นด้านหนึ่งของความผาสุก เนื่องจากการทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรงหรือทำให้จิตใจมีความกังวลกับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามไปด้วย

4. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นความรู้สึกที่มีพลังกระชุ่มกระชวย มีขวัญและกำลังใจสนใจการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่รู้สึกท้อแท้เหนื่อย หรือหมดแรงหมดพลัง กลางคืนนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและตื่นนอนด้วยความรู้สึกที่สดชื่น

5. ความผาสุกในด้านบวก (Positive Well-being) เป็นความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกด้านบวก เช่น การประสบผลสำเร็จในชีวิต การมีครอบครัวที่อบอุ่น บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพของตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ ได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

6. การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นการควบคุมพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเองให้มีความมั่นคง ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่งผลให้ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินชีวิตลดลง

จากแนวคิดความผาสุกที่กล่าวมาแล้วนั้นสรุปได้ว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือกลุ่มที่มองความผาสุกเป็นภาพรวม และกลุ่มที่มองความผาสุกประกอบด้วย องค์ประกอบต่าง ๆ โดยบุคคลจะมีความรู้สึกใน 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ โดย ความรู้สึกด้านบวกเป็นความรู้สึกที่มีความสุข มีพลัง กระตือรือร้น ส่วนความรู้สึกด้านลบเป็น ความรู้สึกวิตกกังวล โกรธ กระสับกระส่าย และผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกด้านบวกสูง และด้านลบต่ำ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของดูพายที่มองความผาสุกเป็นภาพรวมและ สะท้อนความรู้สึกด้านบวก และด้านลบออกมาเป็นความรู้สึก 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวก และการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการ ประเมินสภาพจิตใจที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความผาสุกของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถ สรุปผลการศึกษาได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผาสุกน้อย ดังเช่นการศึกษาของบุญหา ภูษะคราม (2533) ศึกษาแบบ แผนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ด เลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส มีความผาสุกในครอบครัวด้านการดำเนินบทบาทน้อยที่สุด ซึ่งพบว่าเรื่องที่เครียดมากที่สุด คือ ความขัดแย้งในบทบาทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศากุล คงพันธ์ (2533) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปใน มารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 70 ราย ผลการศึกษา พบว่า มารดามีความ ผาสุกโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ คือทุกข์โศกรุนแรงมากถึงร้อยละ 68.57

2. กลุ่มที่มีความผาสุกปานกลาง ดังเช่นการศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกันทากุล (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของ ธนินญา น้อยเปียง (2545) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า (2547) และสุพัฒศิริ บุญยะวัตร (2546) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล พบว่าภาพรวมของความผาสุกในชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลางค่อนข้างน้อยไปทางมาก

3. กลุ่มที่มีความผาสุกมาก ดังเช่นการศึกษาของ รุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ จำนวน 382 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยดังกล่าวพบว่าแต่ละกลุ่มมีระดับความผาสุกที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบวัดความผาสุกของคูพาย (Dupuy, 1977) วัดความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดของคูพาย มีความสอดคล้องกับความผาสุกในชีวิตของโอเร็ม (Orem, 1991)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความผาสุกในชีวิตมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายไปในทางเดียวกับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดั้นด้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ และ เฮอร์แมน, โชฟิลด์, เมอร์ฟี และไซน์ (Herrman, Schofield, Murphy, & Singh, 1994) ได้ศึกษาความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคทางกาย โรคจิต และคนพิการ ในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยให้พรศนะว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver Characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้

1.1 เพศของผู้ดูแล เพศที่ต่างกันอาจจะมีเชื้อชาติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงมักจะถูกรอบรณเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่จะถูกอบรณเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวเท่านั้น (วิลลาร์ดน์ กูวราวุฒิพานิช, 2538, หน้า 23) ดังนั้นการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลของเพศหญิงจึงสามารถพัฒนาได้เร็วและง่ายกว่า และเกิดความผาสุกจากการดูแลได้ง่ายกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของ คอสตา, ซอนเดอร์แมน, แมค แคลร์, คอรัโมนี-ฮอนท์ลีย์, ล็อก, & บาร์โบโน (Costa, Zonderman, McCrae, Cormoni-Hontley, Locke, & Barbono, 1987) กลับพบว่าเพศหญิงจะมีความผาสุกในชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมักประสบปัญหา

ทางด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลังจากการที่ร่างกายของเพศหญิงหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

1.2 อายุ จะมีผลต่อความผาสุก โดยอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือกมากขึ้น จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ แซ่ห่วน (2537) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะภาคภูมิใจในความสามารถของตน และจะมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ ไรฟฟ์ (Ryff, 1995) พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความผาสุกลดลง โดยได้อธิบายว่าบุคคลที่มีอายุสูงขึ้นจะมีระดับของเป้าหมายในชีวิตลดลงในขณะที่ความเสื่อมของร่างกายเพิ่ม สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลงได้

1.3 การศึกษา โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแล ค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย เข้าใจในเหตุการณ์และข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาและปรับบทบาทของตนได้ดีกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยทั่วไป และภาระในการดูแล และระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไปได้ ร้อยละ 21

1.4 อาชีพของผู้ดูแล อาชีพอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการพักผ่อนได้อย่างไม่รีบเร่ง ส่วนอาชีพที่มีเวลาการปฏิบัติงานแน่นอน เช่น อาชีพรับจ้าง ทำงานบริษัท อาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย หรือเวลาจำกัดในการพักผ่อน การรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ บางรายต้องหางานทำเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงอาชีพ เพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเลี้ยงดูครอบครัว บางรายต้องหยุดงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ผู้ดูแลประสบปัญหาด้านการเงิน จากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชนะ (2541) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งต้องหยุดการประกอบอาชีพ หรือออกจากงานประจำ เพื่อดูแลผู้ป่วย และส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล

1.5 รายได้ ซึ่งเป็นเครื่องแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ใช้ในการแสวงหาการรักษาพยาบาล ใช้จ่ายค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย แสดงถึงปัญหาและความต้องการ

ความช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งครอบครัวที่มีรายได้สูงจะได้รับความเดือดร้อนในด้านค่าใช้จ่าย น้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ เพราะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล อีกทั้งยังมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) ที่พบว่าบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการจัดหาสิ่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว จากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) และสุตศิริ หิรัญชนะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ทั้งจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย และจากการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า เป็นความเครียด สิ่งที่มาบ่มเพาะผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลของผู้ดูแลได้เช่นกัน

การศึกษาของ มอนท์โกเมอรี, กอนเยีย และ โฮย์แมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวมาก จะรับรู้ความเป็นภาระน้อย สอดคล้องกับ การศึกษาของบูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแล จากการเป็นสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการการดูแล (Care Recipient Characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพของการเจ็บป่วย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลและคุณภาพการดูแล จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) เรื่องภาระในการดูแลและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพันกับผู้สูงอายุ ประกอบกับได้มีการประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา หรือเมื่อเจ็บป่วย มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ใฝ่บุญกุศล จึงเกิดการ

ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ให้การดูแล นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.2 สภาพการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ยิ่งผู้ป่วยมีความพิการมาก ยิ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจะต้องทำกิจกรรมให้การดูแลแทนผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรมก็แตกต่างกันออกไปตามลักษณะผู้ป่วย และความต้องการการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ ชุ่ม (2537) ที่พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแล และจากการศึกษาของ แรนซินีโก, แคร่นาโดและอินโซลิ (Ranzenigo, Caregnat, & Inzoli, 1990) ได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม

3. สถานการณ์การดูแล (Caregiving Situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

ค่าใช้จ่ายในการดูแล ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้ผู้ดูแลมีทางเลือก วิธีการแก้ปัญหามากขึ้น และเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน และจากการศึกษาของวิภาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลยิ่งมากขึ้นความผาสุกของผู้ดูแลยิ่งลดลง

4. การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Cognitive/ Affective Response to Caregiving Role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่ช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลสามารถดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล

4.1 ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2546) พบว่า ญาติที่ได้รับการสอนแนะ จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการได้รับการสอนแนะ และมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพลังใจที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

4.2 ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล บุคคลมักจะนำเอาวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาใช้ในการจัดการกับปัญหา และหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะค้นหาวิธีใหม่ (Ignatavicius & Bayne, 1991 อ้างถึงใน นันทพร ศรีนัม, 2545) นิตยา สุทธยากร (2531) พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ติดดูแลนั้น เป็นคนละคนกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แม้ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ก็เหมือนกับต้องเผชิญกับปัญหาใหม่

5. ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Possible Mediating Variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เมื่อก่อนการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

5.1 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อความผาสุกของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหามากขึ้น และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเงิน ก็จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และก่อให้เกิดการขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

5.2 การใช้ระบบบริการสุขภาพ การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งความช่วยเหลือด้านบริการดังกล่าว จะช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของ จริยา วิทยะศุภกร (2539) พบว่า คุณภาพการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันช่วยทำให้สมาชิกภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มีการ

พัฒนาความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลได้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ภาระในการดูแลลดลง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรที่น่า จะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการ ทางด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991) การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาความพิการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นแบบทดแทนทั้งหมดหรือทดแทนบางส่วน รวมทั้งการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องทั่วไป ซึ่งทำให้เพิ่มระดับความยุ่งยากของกิจกรรมการดูแล ความต้องการเวลา และพลังงานที่เพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทและภาระการดูแลที่ค่อนข้างหนัก ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้ในบทบาทของผู้ดูแล ทำให้ต้องใช้เวลาและพลังงานในการดูแลมาก อาจรบกวนต่อกิจกรรมในบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Orem, 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาของ ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว (2547) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแล การศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยมีความพิการมากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมาก การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ บทบาทในการเข้าถึงคลลดลงส่งผลต่อความผาสุกและการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (ชนิดา มณีวรรณ, 2535) และจากการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้อง กับ การศึกษาของสุพัฒศิริ บุญยะวัตร (2546) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอีเกอร์สัน (Egertson, 1994) พบว่าความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้น กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหายและอยากให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนหาแหล่งช่วยเหลือที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแล จะคิดว่าเป็นรางวัลที่ดีทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่งผลให้เกิดความผาสุก

ความสามารถของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความผาสุกของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วยบางรายยังมีการทางระบบประสาทร่วมด้วยเช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส มีความพร้อมในการรับรู้ลึก รวมทั้งความบกพร่องทางด้านการคิด ความจำ สถิติปัญหา การเกี่ยวและการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Grant & Davis, 1996; Hayn & Fisher, 1997) และยังพบปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยปัญหาที่พบได้มากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (พวงน้อย อรุณ, 2536) จากสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถตลอดเวลา เพื่อที่จะได้กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองแทนผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความผาสุกในชีวิตด้วยเช่นเดียวกัน

วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2546) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนแนะมีความพึงพอใจและมีความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจ

จารึก ธาณิรัตน์ (2545) ศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย จะมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพลังใจที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา จงหว่งกลาง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จะมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไร เกลี้ยงเกล้า และคณะ (2548) ที่ศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้สูงอายุหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยลดลง ความรู้สึกเป็นภาระลดลง ส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

เกรียติส (Grealish, 2000) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความสามารถด้านทักษะและความรู้ของผู้ดูแล พบว่าความสามารถด้านทักษะปฏิบัติและความรู้ เมื่อได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความชำนาญและเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติหรือปัญหาของตนเอง ส่งเสริมกระบวนการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาในช่วงการดูแลได้เป็นอย่างดี

ลดความเครียดจากการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart, Doble, Hart, Langille, & MacPherson (2002) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการลดภาระการดูแลและความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกระงและความเครียดลดลงและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ การได้รับการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจ สามารถเผชิญปัญหาในระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีคุณภาพการดูแลที่ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างถูกต้องผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดจากการดูแลลดลง ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ผู้ดูแลรู้สึกมีความสุข เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ

การได้รับบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบบริการสุขภาพ การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตภายใต้สภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย (Black & Matassarini-Jacob, 1993) เป็นบริการหนึ่งที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) โดยพยาบาลมุ่งหวังให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองและผู้ดูแลได้อย่างมีความสุขเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพของตนเอง ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ การพยาบาลซึ่งถือเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและตั้งใจ โดยพยาบาลมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้รับบริการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และเพื่อสร้างระบบการดูแล การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงเน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีความพร้อมและเน้นที่การพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของผู้ดูแล (Orem, 1991) ระบบบริการสุขภาพจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวย และเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีเผชิญปัญหาสำหรับการจัดการการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในตัวเอง ผู้ดูแลสามารถคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าและเกิดความพึงพอใจในตนเองและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจได้ (Dupuy, 1977)

สุดศิริ หิรัญขุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลหมกมุ่นกับการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลมากที่สุด คือ ครอบครัวและแหล่งปรึกษาด้านสุขภาพ ผู้ดูแลที่มีแหล่งปรึกษาที่ดีจะสามารถปรึกษาปัญหาได้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และยังลดภาระการดูแล (Dring, 1989) ส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สุพัฒศิริ บุญยะวัตร (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 170 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลของเด็กโรคธาลัสซีเมีย และสามารถร่วมทำนายความผาสุกในชีวิตได้ร้อยละ 25.8 โดยการสนับสนุนที่สำคัญคือ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาล การบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เพียงพอ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การได้รับคำปรึกษาแนะนำที่ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกมั่นใจ มีคุณค่าในตนเอง สามารถควบคุมตนเองเมื่อเกิดปัญหา เกิดพลังใจแรงกล้าในการแก้ปัญหา และต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความผาสุกในชีวิต

เกเนอร์ (Gaynor, 1990) พบว่าภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยทางระบบประสาทเรื้อรังที่บ้านเป็นเวลานานจะประเมินความรู้สึกเป็นภาระมากเนื่องจากสาเหตุ 3 ประการคือ 1) การได้รับบริการจากสถานบริการทางสุขภาพน้อยลง 2) การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวน้อยลง และ 3) การเกิดความเหนื่อยล้า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะมีความพิการแล้วยังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ปากเปื่อย ลานสายตาเสีย พุดไม่ชัด หรือพุดไม่ได้ การเจ็บป่วยดังกล่าว ต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน และมีกิจกรรมการดูแลที่หลากหลาย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วยดูแล หรือการบริการด้านสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ วิดกกังวลว่าจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไบเกล, มิลลิแกน, พูชนัม และซอง (Biegel, Milligan, Putnam & Song, 1994) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการและครอบครัวน้อย

แมคลีน (McLean, 1991) ศึกษาความต้องการการบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากความต้องการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการแล้วผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนคำปรึกษาและข้อเสนอแนะเวลาเกิดปัญหาขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสภาวะวิกฤต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการดูแล จึงต้องแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้ดี มีความสามารถแก้ปัญหา และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน นอนหลับ รับประทานอาหาร และเข้าสังคม หรือทำงานได้ตามปกติ

จริยา วิริยะสุภกร (2539) พบว่าคุณภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้นและยังช่วยทำให้สมาชิกภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องในการดูแล มีการพัฒนาความสามารถในด้านการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลได้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพที่ดี โดยได้รับการบริการด้านคำแนะนำและการบริการการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแล ทำให้มีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน และทำงานได้ตามปกติ เกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต ในทางกลับกัน การได้รับการบริการจากสถานบริการที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล เกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ไม่มีความผาสุกในชีวิต ดังนั้นระบบบริการสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพึ่งพกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น (Orem, 1991) และวอลเกอร์และทอมสัน (Walker & Tomson, 1983 อ้างถึงใน เเพียงใจศิริไพวงศ์, 2540) กล่าวว่าความใกล้ชิดสนิทสนม เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกที่สัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือ และยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว และความรู้สึกที่มั่นคง

ฟรายแมน (Friedman, 1986) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือความสัมพันธ์ระหว่างคู่อื่น ๆ ไว้ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่เสริมกัน (Complementary Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม โดยเมื่อบุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมเป็นผู้นำ อีกบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ตาม บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกัน สัมพันธภาพนี้ จะเกิดผลบวกเมื่อบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้รับ แต่มีข้อเสียคือ อาจทำให้เพิ่มความเครียด มีระเบียบ และความเข้มงวดมาก ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสม

2. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่สมดุลกัน (Symmetrical Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความสมดุลระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร พฤติกรรม และร่วมกันในการตัดสินใจ ความสัมพันธ์แบบนี้ทำให้เกิดการยอมรับนับถือ เกิดอิสระในการตัดสินใจ แต่อาจเกิดการแข่งขัน เกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องพยายามเพิ่มความใกล้ชิดและความรักใคร่ให้แกกันและกัน

3. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่ขนานกัน (Parallel Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่ผสมผสานทั้ง 2 แบบ เป็นความสัมพันธ์ที่มีความยืดหยุ่น ปรับให้เข้ากับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

จากแนวคิดข้างต้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นความใกล้ชิดสนิทสนม การให้ และการรับ รวมถึงการรับฟัง ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และความไว้วางใจ ระหว่างกันของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งจะดำเนินการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่ระยะที่มีการวินิจฉัย จนกระทั่งการติดตามดูแลในขณะที่มีการดำเนินของโรค ซึ่งในช่วงแรกมีการวินิจฉัยถึงความเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่น ทนทานของแต่ละครอบครัว การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพให้การดูแลครอบคลุมต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว และการรักษาทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวให้การดูแลได้เป็นอย่างดี (Le Blanc, Goldsmith, & Patel, 2003) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการดูแลอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา เนื่องจากการดำเนินของโรคนั้นบางครั้งไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมประจำวันของครอบครัวจะถูกรบกวนต่างไปจากเดิม ผู้ดูแลต้องปรับให้สมดุลระหว่างเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับเวลาสำหรับการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่

เหนื่อยยากลำบาก ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยหน่ายต่อการดูแล (Hinzer, 1998; Sisk, 2000; Melnyk, Feinstein, Moldenhouer, & Small 2001) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างภายในครอบครัว เช่น ความเสียสละของผู้ดูแล การจัดสรรเวลา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น เมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล และกระทบไปถึงผู้ป่วย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คงต้องการมีการพัฒนาการตามวัยเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่ภาวะเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถมีพัฒนาการได้ตามวัยหรือแสดงพัฒนาการตามวัยเหมือนผู้ใหญ่คนอื่นได้ ซึ่งจะรบกวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งพบว่าผู้ดูแลจะแสดงความหงุดหงิด หรือเสียใจ นำมาซึ่งความผาสุกที่ลดลงได้

จากการศึกษาของวอลเกอร์และคณะ (Walker et al., 1995) ซึ่งศึกษาผลลัพธ์จากการดูแลของบุตรสาวที่ดูแลมารดาผู้สูงอายุจำนวน 141 คู่ พบว่าสิ่งสำคัญในการที่บุตรสาวรับบทบาทการดูแล คือ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและภาวะสุขภาพของมารดาเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลจากบุตร โดยมารดาที่ได้รับการดูแลและได้รับความรักจะมีสุขภาพดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลและความรักน้อย ส่วนการศึกษาของ ครามเมอร์ (Kramer, 1997) ที่ศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของภรรยาผู้ดูแลสามีป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 72 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ความพึงพอใจในแหล่งประโยชน์ทางสังคมเป็นสิ่งบ่งชี้และทำนายการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแลจะคิดว่าการดูแลเป็นรางวัลที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

จากการศึกษาของเบลสซ์เนอร์และชิฟเฟิลท์ (Blieszer & Shifflett, 1990) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 5 คู่ และผู้ดูแลที่เป็นบุตรจำนวน 4 ราย พบว่าเมื่อระยะเวลาในการดูแลนานขึ้น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและสัมพันธภาพระหว่างบุตรผู้ดูแลกับบิดามารดามีค่าลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอาคอลลและเอเบล (Archol, 1983; Abel, 1986 as cited in Walker et al., 1995) พบว่าสัมพันธภาพสามารถพัฒนาได้ โดยที่บุตรสาวผู้ดูแลมารดาผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับมารดาดีขึ้นภายหลังการดูแล นั่นหมายความว่า การดูแลจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแลดีขึ้น ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยที่มีผลต่อสัมพันธภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

กาญจนา ศิริวรราชย์ (2536) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง กับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.72$) และสัมพันธในครอบครัวสามารถทำนายการ

ปรับตัวของผู้ป่วยได้ร้อยละ 51.70 แสดงว่า ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

เพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแล ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัว แสดงว่าหากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อยลง

วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และพลังอำนาจของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับ ผู้ป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แสดงว่าความใกล้ชิด สนิทสนม ความรัก การให้ และรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอยากให้ความช่วยเหลือ ปกป้องดูแลผู้ป่วยอย่างดี ตั้งใจและ จริ่งใจในการดูแลมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหา วิเคราะห์ปัญหา มีพลังในการแสวงหาแนวทาง และแหล่งประโยชน์ และตัดสินใจกระทำการกิจกรรมการดูแลให้ตรงกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตลอดจนมุ่งมั่นที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยมากขึ้น

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบครอบครัว ที่มี ความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่ สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1995) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว ต้องมีการตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบโครงสร้าง บทบาทและกระบวนการดูแล (Keith, 1995) ในขณะเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จหาก สัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมี พฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของวิลสัน (Wilson, 1991) ศึกษาผลการงูใจญาติต่อ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ และการประทับประคอง จิตใจ ของกลุ่มที่ได้รับการงูใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการงูใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

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

อัญชลี ฐิตะปุระ (2536) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์และความผูกพันซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจ และการปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ เพื่อให้สมาชิกแต่ละบุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะส่งผลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

แกรนแดล (Crandall, 1980, pp. 410-411) กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การแสดงบทบาทของสมาชิก (Number of Roles)
2. การสื่อสารของสมาชิก (Communication)
3. การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก (Emotion)
4. การถ่ายทอดความรู้สึกของสมาชิก (Transferability) เป็นความสามารถในการ

ถ่ายทอดความรู้สึก เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลเป็นกัน ๆ ที่มีความรู้สึกผูกพัน

แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Circumplex Model) ที่ โอลสัน (Olson, 2000) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวในรูปแบบของความผูกพันทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว และการสื่อสารของสมาชิก โดยแบ่งรูปแบบความผูกพันออกเป็น 5 รูปแบบคือ ไม่มีความผูกพันเลย มีความผูกพันบางส่วน ความผูกพันระดับปานกลาง ความผูกพันปานกลางค่อนข้างสูง และ ความผูกพันมาก

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกมีความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน และสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เน้นการช่วยเหลือ ร่วมรับรู้ถึงความรู้สึก สร้างเสริมความรักความอบอุ่น และช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว

จากองค์ประกอบและแนวคิดดังกล่าวเมื่อนำมาวิเคราะห์กรณี เมื่อสมาชิกในครอบครัวนั้นเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมรับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิก และจะต้องแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้คืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุดโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ และระยะเวลานาน การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ในหลายรูปแบบ หากสมาชิกในครอบครัวสามารถคงสัมพันธภาพภายในครอบครัวไว้ได้ จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย มีการแสดงออกทางอารมณ์ และถ่ายทอดความรู้สึกอย่างเหมาะสม (Crandall, 1980) ที่จะช่วยให้ญาติรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้คนเดียวมีคนรอบข้าง มีสิ่งผูกพันยึดมั่นซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้

การสนับสนุนและการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และยังสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 51.70 (กาญจนา ศิริวราศัย, 2536) และ Landolt, Grubenmann, & Meuli (2002) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็จะส่งผลให้สมาชิกขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตนเองที่บ้าน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการดูแลตนเองที่บ้าน และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระ หน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่กันอย่างใกล้ชิด จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ช่วยในการปรับตัว มีความมั่นใจ มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจในการหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของญาติผู้ดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาการดูแลยาวนาน จากการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการรับหน้าที่มาดูแลผู้ป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เปลี่ยนแปลงบทบาทของตน และอาจประสบกับปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย สุขภาพทรุดโทรม เกิดความเครียด ส่งผลกับความผาสุกของญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยศึกษาถึงปัจจัยภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความสอดคล้องในการมองโลก ความเข้มแข็งของครอบครัวซึ่งมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล และมีการศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล ปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาคือ

ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล ระดับความรุนแรงของโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการ
รักษา ซึ่งผลการศึกษามีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแล
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย
ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย
สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการหาแนวทาง
ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขในชีวิต และช่วยผู้ป่วยให้
มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป