

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนาย ของปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
3. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการลดลงของการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดขึ้นจากการถูกขัดขวางการจัดส่ง Oxygen เข้าสู่สมองทำให้ Oxygen ไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมองทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจน ดังนั้นพลังงานจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง (Hickey, 2009; Holmes, 2006; Hauser & Josephson, 2010) ซึ่งพบว่าร้อยละ 85-87 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบขาดเลือด

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในปัจจุบันสามารถแบ่งแยกประเภทตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST Classification (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552; กัมมันต์ พันธุมจินดา และยุทธชัย ลิขิตเจริญ, 2550; Hickey, 2009)

1. Large Artery AtheroSclerotic (หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง)

พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 ของการเกิดโรค โดยเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดที่มี Atheroma Plaque ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สามารถทำให้เป็นตำแหน่งของการเกิดลิ่มเลือด เนื่องจากเมื่อส่วนของหลอดเลือดแดงที่มีการแข็งตัว มีการแตก

เป็นแผล จะทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดออกมา ไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง นำไปสู่การกำซาบที่ลดลง และการขาดเลือดในสมองตามมา (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552) โดยพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีอาการ TIA นำมาก่อน โดยส่วนมากผู้ป่วยมักจะตื่นขึ้นมาพร้อมกับอาการพร่องทางระบบประสาท ซึ่งเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองขึ้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนหลับหรือในเวลาที่นั่งพักผ่อน เนื่องจากเป็นช่วงที่ความดันในกระแสเลือดลดต่ำลง และผลลึกลับเลือดไปในช่องทางที่แคบของหลอดเลือด มีผลให้ระบบการกำซาบลดลง มีการลดลงของ Cerebral Perfusion, ทำให้เกิดการขาดเลือด และสามารถพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ ซึ่งพื้นที่ของการขาดเลือดในสมอง ขึ้นอยู่กับบริเวณของเส้นเลือด รวมทั้งตำแหน่งภายในบริเวณของเส้นเลือด ของการเกิด Thrombus ซึ่งอาจจะเป็นส่วนของ Proximal หรือ Distal

ถ้าการขาดเลือดเกิดขึ้นบริเวณ Major Artery จะเป็นบริเวณที่กว้างใหญ่ของการขาดเลือด และการเกิดเนื้อตาย ซึ่งการขาดเลือดในระบบประสาทเป็นสาเหตุในการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มเซลล์ มีผลทำให้มีการบวมเกิดขึ้นภายในเซลล์และไปกดหลอดเลือดฝอย ซึ่งการบวมของสมองจะมีระยะเวลาสูงสุดประมาณ 2-4 วัน หลังการเกิดโรค ซึ่งอาการของโรคจะมีความสัมพันธ์กับการบวมของสมองและการขาดเลือด อาจจะอยู่ในช่วง 1-3 วัน ก่อนที่อาการจะคงที่ โดยในประเทศไทย โรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือกร้อยละ 21 (Dharmasaroja, 2008)

2. Small Artery Occlusion or Lacunar Infarcts (หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ)

พบได้ประมาณ ร้อยละ 20-25 โดยพบว่า เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง ทำให้เกิดเป็นโพรงเล็ก ๆ ที่เหลืออยู่ในเนื้อสมอง ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการตายของเนื้อเยื่อ เป็นผลทำให้หลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hickey, 2009; Hauser & Josephson, 2010) โดยมีสาเหตุจาก Microatheroma และ Thrombosis ซึ่งเกิดจาก Lipohyalinosis โดยจะทำให้เกิดการหนาตัวขึ้นของหลอดเลือดเล็ก ๆ และนำไปสู่พยาธิสภาพของการเกิดโรคได้ โดยพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด หลังการเกิดโรค จะพบความแตกต่างอย่างมาก ของอาการและอาการแสดง ที่เกิดขึ้นได้แก่ ความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้ความรู้สึก และ ด้านระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ โดยในประเทศไทยพบว่า โรคนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดตีบถึงร้อยละ 45 (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

3. Cardioembolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ)

พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลจาก Cardiogenic Embolism จากภาวะ Atrial Fibrillation ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองที่มีแหล่งกำเนิดมาจากภาวะโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบใน

โรคหัวใจอื่น ๆ เช่น Patent Foramen Ovale (PFO), Valvular Disease, Ventricular Thrombi, Myocardial Infarction, Congestive Heart Failure, Atrial Septal Aneurysm ซึ่งพบว่า Atherosclerosis และ Atherogenic Plaques ของ Proximal Aorta เป็นแหล่งกำเนิด ของการค้นพบการเกิด Cardiac Emboli และ Atherogenic Plaques มักจะพบได้บ่อยในหลอดเลือด Coronary ในหัวใจ และที่ทางแยกของ Aorta เป็นสิ่งที่นำมาให้เกิดความดันโลหิตสูง และ Atrial Fibrillation ซึ่ง Unstable Plaques สามารถหลุดออกกลายเป็น Microemboli ไปยังสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งพบว่า Microemboli จากหัวใจเป็นการเคลื่อนที่และเข้าไปในระบบสมองมากที่สุด โดยผ่านเข้าไปใน Carotid Arteries ซึ่งจะมีการไหลเวียนไปจนกระทั่งหลอดเลือดมีการตีบแคบลง และ ยังมีการให้ผ่านเข้าของ Embolus ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้นได้ โดยหลอดเลือดที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ คือ Left Middle Cerebral Artery ซึ่งในโรคนี้เกิดขึ้นบ่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้น และมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการบกพร่องที่แสดงออกมามากที่สุดภายในช่วงเวลาสั้น ๆ (Hickey, 2009) โดยในประเทศไทยพบสาเหตุของการเกิดโรคนี้ ร้อยละ 13 (Dharmasaroja, 2008)

4. Other Determined Etiology (สาเหตุที่พบไม่บ่อย)

พบได้ประมาณ ร้อยละ 5 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นผลมาจาก Nonatherosclerotic Vasculopathies, Hypercoagulable State, ความผิดปกติของระบบโลหิต, การเกิดการอักเสบ, ไมเกรน, มีภาวะการหดเกร็งของหลอดเลือด และ การใช้สารเสพติด (Hickey, 2009) ซึ่งพบว่าสาเหตุนี้พบในคนไทยเพียงร้อยละ 8 (Dharmasaroja, 2008)

5. ไม่ทราบสาเหตุ

พบว่าประมาณ ร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่ไม่แน่นอน ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่ให้การวินิจฉัยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ชัดเจน (Hickey, 2009) ซึ่งพบสาเหตุในคนไทย เพียงร้อยละ 2 (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด หลอดเลือดแข็งตัว เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 ประเภท ใหญ่ ๆ คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนและปรับเปลี่ยนได้ 3) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้น้อย (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550; ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548)

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1.1 อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งพบว่า ช่วงอายุที่มากกว่ากัน 20 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเกือบ 20 เท่า (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.2 เพศ เกือบทุกช่วงอายุเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เนื่องมาจาก Estrogen Hormone มีผลป้องกันการเกิด Artherosclerosis ได้ ดังนั้นเมื่อผู้หญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือนจึงมีความเสี่ยงที่สูงขึ้น (Hickey, 2009; Porth & Matfin, 2009)

1.3 พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ (Cotter & Strumpf, 2002)

2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนและปรับเปลี่ยนได้

2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันเลือดที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 mm/Hg (สุมาลี ชีธรนาพรกุล, 2552) ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการลด Systolic Blood Pressure ลงประมาณ 10 mm/Hg สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้ถึง ร้อยละ 34 (ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.2 โรคหัวใจ

2.2.1 ภาวะ Atrial Fibrillation (AF) เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Holmes, 2006) โดยพบความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552) และพบว่า ผู้ที่มีภาวะ AF อายุ 50-59 ปีมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.5 รายต่อปี ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะ AF อายุ 80-89 ปี มีอุบัติการณ์ดังกล่าวเฉลี่ยร้อยละ 23.5 รายต่อปี (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

2.2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าประมาณ 20% ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Hauser & Josephson, 2010) เนื่องจากการทำงานของหัวใจที่ลดลง และการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจ ทำให้มีโอกาสดูดลดยไปอุดตันหลอดเลือดในสมองได้

2.3 ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Carotid พบว่า ประมาณ 10% ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และ TIA มีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติของหลอดเลือด Carotid (Hauser & Josephson, 2010) โดยพบว่าในกรณีที่มีการตีบแคบน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของความกว้างของหลอดเลือด ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเท่ากับ ร้อยละ 1.3 ต่อปี แต่ถ้าตีบมากกว่าร้อยละ 75 ความเสี่ยงดังกล่าวจะเท่ากับร้อยละ 3.3 ต่อปี (ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.4 การสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 1.8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน (Hauser & Josephson, 2010) และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 40 มวน มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 10 มวน ประมาณ 2 เท่า (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

2.5 เบาหวาน โรคเบาหวาน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน และพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และควบคุมระดับ HbA_{1c} ให้น้อยกว่า ร้อยละ 7 จะช่วยป้องกันการเกิด Microvascular Complication ได้

2.6 ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากส่งผลให้เกิด ภาวะ Atherosclerosis จากระดับ LDL Cholesterol ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง Carotid จึงถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (สุมาลี ชีธรานาพรกุล, 2552)

2.7 เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าอัตราการเกิดเป็นซ้ำในผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Cotter & Strumpf, 2002) จะมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในช่วง 1 ปี แรกภายหลังการเกิดโรค (Carrozzella & Jauch, 2002)

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนน้อยที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้

3.1 โรคอ้วน ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุง มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า และจากการติดตามศึกษาในผู้หญิงอายุ 30-55 ปี พบว่าผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 11 กิโลกรัม หลังอายุ 18 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิด โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นโดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ 1.7 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กก. ที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

3.2 การขาดการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอวันละ 30-60 นาที จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยลดระดับ Plasma Fibrinogen และ Platelet Activity รวมทั้งเพิ่มระดับ HDL Cholesterol

3.3 การดื่มสุรา มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น อาจทำให้มีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง หรืออาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (Cotter & Strumpf, 2002; Port & Matfin, 2009)

3.4 การใช้ยาคุมกำเนิด มีการศึกษาในยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง

(มี Estradiol 50 มก.) พบว่า ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Holmes, 2006) โดยพบว่าสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 41.5 รายต่อ 10,000 รายต่อปี ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chan, Ray, & Wai, 2004)

3.5 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่ยังขาดหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน และอาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ การใช้ฮอร์โมนทดแทน และภาวะหลอดเลือดอักเสบ

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจาก Atheroma, Thrombi หรือ Emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งถ้าเกิดการอุดตันที่สมบูรณ์จะทำให้เกิดการขัดขวางการนำส่งของ Oxygen และ Glucose ที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการไหลเวียนที่ลดน้อยลง ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน การไหลเวียนเลือดที่ลดลงจนถึง 0 เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง ภายใน 4-10 นาที โดยมีปริมาณเลือดน้อยกว่า 16-18 ml/ 100g/ min ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดเนื้อตาย ภายใน 1 ชั่วโมง และปริมาณเลือดที่น้อยกว่า 20 ml/ 100g/ min เป็นสาเหตุของการขาดเลือด โดยปราศจากการตายของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้จะมีความยาวนานของการขาดเลือด เป็นเวลาหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน ซึ่งถ้าการไหลเวียนเลือดมีการกลับคืนเหมือนก่อนหน้าที่จะมีการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีแค่อาการขาดเลือดชั่วคราว เช่น TIA (Hauser & Josephson, 2010)

เนื่องจากการขาดเลือดสามารถเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียหายของเซลล์ เป็นผลจากการไม่มีการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทและสมอง ที่เรียกว่า สมองขาดเลือด โดยพบว่าบริเวณที่ล้อมรอบใจกลางที่มีการตายของเนื้อเยื่อเรียกว่า Ischemic Penumbra ซึ่งพบว่า ค่าปกติของ Cerebral Blood Flow (CBF) จะอยู่ในช่วง 50-55 ml/ 100g/ min ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของ Penumbra อยู่ในช่วง 6-10 ml/ 100g/ min โดยพบว่าแม้เซลล์ในระบบประสาทของ Penumbra จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ระหว่างมีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้เร็วพอ ซึ่งต่างจากเซลล์ในบริเวณที่ตายไปแล้ว ที่ถึงแม้จะมีการผ่านของการไหลเวียนและการกำจัดของเลือดก็ไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม และยังสูญเสียการทำงานอย่างถาวร Penumbra จึงเป็นเป้าหมาย

สำคัญ ในการให้การรักษาดังกล่าวและไหลผ่านของเลือดอย่างเหมาะสม เพื่อการกลับมาทำงานเป็นปกติอีกครั้งของระบบประสาท

แนวทางการประเมิน และวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาท ที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันที ทันใด ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (Progressive Stroke) บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นขั้นบันได คือ อาการเลวลง สลับกับดีขึ้นชั่วคราว (นิจรี ชาญณรงค์, 2550) โดยสามารถแบ่งการวินิจฉัยออกเป็น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา และห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การวินิจฉัยโรคโดยการซักประวัติ และ ตรวจร่างกาย

1.1 การซักประวัติ การซักประวัติควรถามถึง อาการแสดงที่เริ่มเป็น อาการปวดศีรษะ และตำแหน่งที่ปวด อาการร่วม โรคที่เป็นอยู่ก่อนจะเกิดอาการ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (TIA) ประวัติการสูบบุหรี่ การกินยาคุมกำเนิด ระดับโคเรสเตอรอล การกินยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติที่มีความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก สายตามัวลง หรือมองภาพซ้อน นอกจากนี้ การซักประวัติถึงอาการที่แสดงอาจช่วยบอกถึงตำแหน่ง และ สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย (ปานศิริ ไชยรังษย์, 2551; อรุมา ชุตินทร และนิจรี ชาญณรงค์, 2552)

1.2 การตรวจร่างกาย ต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ และ ระบบไหลเวียนของเลือด การตรวจทางระบบประสาทวิทยา ด้วยแบบประเมิน NIHSS และ ตรวจระดับการรู้สติ และ ระดับ Glasgow Coma Scale ตรวจการเคลื่อนไหวของแขนขา และระดับความรู้สึก ความผิดปกติของ การพูด หรือการมองเห็นภาพ และตรวจหน้าที่ของเส้นประสาทสมองร่วมด้วย (ปานศิริ ไชยรังษย์, 2551; วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, 2553)

2. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา และทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง จะสามารถ แยกภาวะสมองขาดเลือด และ เลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจะพบมีความผิดปกติเป็นบริเวณสีเทาต่ำ (Hypodensity Area) และอาจมีการบวมของสมองร่วมด้วย

2.2 การใช้คลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging/ MRI) ซึ่งมีข้อดีที่สามารถเห็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองได้ชัดเจน และยังอาจตรวจหลอดเลือดขนาดใหญ่ในสมองได้พร้อมกัน โดยอาจไม่ต้องฉีดสารเพิ่มความแตกต่างของภาพ (Contrast Agent) (Holmes, 2006; Hauser & Josephson, 2010)

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็เป็นสิ่งจำเป็น อาจช่วยบอกสาเหตุ และ ป้ายเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจการรักษาในระยะเฉียบพลัน การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรกคือ การตรวจเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ระดับน้ำตาลในเลือด, เกลือแร่ในเลือด (Serum Electrolytes), Partial Thromboplastin Time (PTT), การทำงานของไต และ Arterial Blood Gas ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจน ทั้งนี้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วหรือจากหลอดเลือดดำมีความจำเป็นมาก เพื่อแยกแยะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป อาจทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลงจึงควรรีบให้การรักษ สำหรับ PT, PTT จะช่วยบอกถึงการแข็งตัวของเลือดมีความจำเป็นต้องตรวจในผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550; พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช, 2552)

2.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความสำคัญ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคหัวใจ โดยเฉพาะ Atrial Fibrillation เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันยังหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้น ยังอาจพบโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับต้น ๆ ของประเทศไทย การดูแลรักษาจึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเกิดความพิการอย่างถาวร หรือการเสียชีวิตในระยะเริ่มแรก (ปานศิริ ไชยรังษณีย์, 2551; คิษยา รัตนกร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551) โดยมีแนวทางในการดูแลรักษาดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยประเมินสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจ วัด Oxygen Saturation ถ้ามีความปกติควรรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน (พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช, 2552)
2. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เป็นมาตรฐานของการรักษาในโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ในกรณีที่การซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการ (อรอุมา ชูดีเนตร และนิจศรี ชาญณรงค์, 2552) โดยยาที่ใช้คือ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) โดยขนาดยาที่ให้คือ 0.9 มก/กก. ให้ทางหลอดเลือดดำ แต่ขนาดของยาทั้งหมดต้องไม่เกิน 90 มก. โดย 10% ให้ฉีดทันทีทางหลอดเลือดดำ โดยภายหลังการให้ยามีขั้นตอนการดูแลรักษาดังนี้คือ

2.1 ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด, CBC, Platelet Count, PT, PTT, E'lyte, การตรวจภาพรังสีปอด, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, และการตรวจเอกซเรย์

คอมพิวเตอรส์มอง เพื่อวินิจฉัยโรคและแยกภาวะสมองขาดเลือดออกจากภาวะเลือดออกในสมอง (ก้องเกียรติ คุณท์กันทรารกร, 2547)

2.2 ชักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทผู้ป่วยโดยละเอียดอีกครั้ง โดยเน้นถึง ข้อบ่งชี้และข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งมีข้อห้ามที่ให้ได้คือ มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน, มีประวัติบาดเจ็บศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน, มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน, มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะใน 21 วัน, มีอาการทางระบบประสาทที่ขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว, มีอาการชักแต่เริ่มแรก, มีประวัติกลืนเนื้อหยาบขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้, ความดันโลหิตก่อนให้การรักษาสีสูงกว่า 185/110 mm/ hg, มีระดับน้ำในเลือดต่ำกว่า 50 มก/ ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ ดล., มีปริมาณเกร็ดเลือดสูงกว่า 100,000/ mm³, ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมง และมีค่า PTT ปกติ และค่า PT มากกว่า 15 วินาที และ INR มากกว่า 1.7 (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550)

2.3 ประเมินความดันโลหิต และสัญญาณชีพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีความเสี่ยงทำให้มีหลอดเลือดในสมองแตกได้ และอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติในสมอง คือความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นจากมีสมองบวม หรือเลือดออกในสมอง ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/ 110 mm/ hg ทั้งก่อนการรักษาและภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรักษา ดังนั้นใน 2 ชั่วโมงแรกหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดควรวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที หลังจากนั้น 6 ชั่วโมงต่อมาควรวัดทุก 30 นาที และต่อไปทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง (Smeltzer, Hinkle, & Cheever, 2009)

2.4 ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท ในระหว่างให้ยา ทุก 15 นาที และหลังจากนั้นควรมีการประเมินทุก 15 นาที, 60 นาที จนครบ 24 ชั่วโมง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และความผิดปกติทั่วไปที่เกิดขึ้นด้วย

2.5 ประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการมีเลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร, ทางเดินปัสสาวะ, ในกล้ามเนื้อหรือตำแหน่งอื่น ๆ

2.6 ประเมินอาการแพ้ยา โดยเฉพาะการบวมที่ปากและลิ้น หรืออาการแพ้อื่น ๆ

3. การให้ยาด้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) การให้แอสไพริน ควรให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยที่มี Ischemic Stroke ระยะเฉียบพลัน ภายในเวลา 48 ชั่วโมง ในขนาด 325 มก./วัน หลังจากมีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน (ดิษยา รัตนกร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551) และในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA การให้ยา Aspirin ควรให้หลังได้รับ rt-PA ไปแล้ว 24 ชั่วโมง (พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพูน ธรรมสโรช, 2552)

4. การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulate) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะ heparin เป็นยาที่ใช้กันมานานในการรักษาโรคสมองขาดเลือด สำหรับจุดประสงค์ของการให้ยาในกลุ่มนี้ก็เพื่อรักษา และป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหัวใจ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้ คือการเกิดเลือดออกในตำแหน่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง (Hickey, 2009)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายต่อสมอง และความผิดปกตินั้นจะมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว (รังสรรค์ชัยเสวีกุล, 2550; อรุมา ชุตินันตร และนิจศรี ชาญณรงค์, 2552) โดยสามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้คือ

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550; Hickey, 2009; Smeltzer et al., 2009)

1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากตำแหน่งต่าง ๆ ของการขาดเลือดในสมองของผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ และยังทำให้รีเฟล็กซ์ที่ป้องกันการสำลักลดลง และการที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ดังนั้นต้องคอยดูแลและประเมินการหายใจของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 ตามแผนการรักษา โดยถ้าระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 92-95 ควรดูแลให้ O_2 canular 3-5 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) (ดิษยา รัตนกร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551)

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมิน สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก (Smeltzer et al., 2009) เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติ และความดันที่สูงหรือต่ำเกินไปจะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง (อรุมา ชุตินันตรและนิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

1.3 การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยให้ในรูป Isotonic Solution ใน 24 ชั่วโมงแรก (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) โดยเฉพาะ

ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดน้ำได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการกลืนลำบาก และไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2550) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวณ้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยหรืออยู่ในระหว่างการงดน้ำและอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไป เพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

1.4 การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อพบว่าถ้าผู้ป่วยมีไข้ ควรรีบให้การดูแลเพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง ซึ่งพบว่า การลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น (Hickey, 2009) เนื่องจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นเกินปกติ มีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้น และทำให้ผลการรักษาแย่ง ทั้งนี้เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้น และมีการหลั่งของสารสื่อประสาท และอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น (อรุมา ชุตินทร และนิจรี ชาญณรงค์, 2552)

1.5 การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการกลืน โดยเฉพาะการกลืนของเหลวอันจะนำมาซึ่งการสำลัก และติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมีการดูแลและประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรก (นิจรี ชาญณรงค์, 2550) ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้จำเป็นต้องงดอาหารและน้ำทางปากในช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟูสภาพ

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกาย (สุมาลี ช่อธนาพรกุล, 2552) ดังนั้น การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย (ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548) โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) ดังนี้คือ

2.1 การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage)

การฟื้นฟูในระยะนี้ สามารถเริ่มฟื้นฟูสภาพได้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะทางอายุรกรรมที่คงที่ภายในช่วง 24 - 48 ชั่วโมง (Hickey, 2009) และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน 180/ 110 mm/ hg (สุมาลี ช่อธนาพรกุล, 2552) ซึ่งการดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

2.1.1 การป้องกันข้อยึดติดโดยการทำให้ Passive Range of Motion ในส่วนแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต (เสก อักษรานุเคราะห์, 2552) โดยให้ผู้ดูแลช่วยข้อต่อจนสุดพิสัยของข้อทุกข้อ 3-5 ครั้งในแต่ละทิศทางของการเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ 2 รอบ และให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ดีช่วยบริหารข้างที่เป็นอัมพาตด้วย (ปิยภัทร พชรวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.1.2 การจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสมและทำการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Smeltzer et al., 2009)

2.1.3 การป้องกันความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อย ๆ ครั้งละ 15-30 นาที วันละ 3-4 รอบ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย (ปิยภัทร พชรวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.2 การฟื้นฟูระยะหลัง หรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery)

การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ในด้านต่าง ๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร (สุมาลี ช่อธนาพรกุล, 2552) โดยการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กฤษณา พิรเวช, 2552) โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้ ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วย และระดับความสามารถผู้ดูแลด้วย เนื่องจาก การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (ปิยภัทร พชรวิวัฒน์พงษ์, 2548) ซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อีกด้วย

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมักจะก่อให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; กฤษณา พิรเวช, 2552) ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย แบ่งออกเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. ความบกพร่องของการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาในการกำหนดรู้ โดยความบกพร่องด้านการกำหนดรู้เกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง ปัญหาด้านการสื่อสาร และการละเลยส่วนของร่างกาย และสภาพแวดล้อม

ครึ่งซีก ดังนั้นความบกพร่องในด้านนี้ จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและยังทำให้มีปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกด้วย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; Lubbin & Larsen, 2006)

2. ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้สัมผัส ทำให้ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นด้านตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ หรือละเลยส่วนของร่างกายซีกซ้าย (กฤษฎา พิรเวช, 2552; Smeltzer et al., 2009) ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

3. ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor Apraxia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถทำงานที่สั่งได้ หรือทำได้แต่ค่อนข้างล่าช้า (Smeltzer et al., 2009)

4. ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication Disorder) เป็นความบกพร่องที่เกิดจากการเปล่งเสียงผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด ออกเสียงผิด ขาดจังหวะและความคล่องตัวในการพูด นอกจากนี้ยังมีความบกพร่องในความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ และการแสดงออก ในการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การเขียน การอ่าน และการแปลความหมายจากการได้ยิน (กฤษฎา พิรเวช, 2552)

5. ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) ความบกพร่องทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการทรงตัว และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของกำลังของกล้ามเนื้อ และปัญหาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ทำให้มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เป็นอย่างมาก

6. ความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส ได้แก่ ความรู้สึกถึงความเจ็บปวด อุณหภูมิ และการสัมผัสต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว หรือเดินด้วยตัวเองอย่างมั่นคง ต้องอาศัยประสาทสัมผัสส่วนอื่น ๆ เช่น การมองเห็น การทรงตัวมาทดแทน (กฤษฎา พิรเวช, 2552)

7. ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จนไม่สามารถกลืนอาหารและน้ำได้ ซึ่งอาจเกิดจากการลดลงของการเคลื่อนไหวปากและลิ้น การรับรู้ความรู้สึกลดลง ทำให้เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการสำลักและปอดอักเสบ (Lubbin & Larsen, 2006)

8. ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีอาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ซึ่งนอกจากเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมองแล้ว ยังอาจเกิดจาก

อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ หรือมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ หรือไม่อยู่สติ (Hickey, 2009; Lubbin & Larsen, 2006)

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนมาก มักพบว่า มีภาวะของอารมณ์ซึมเศร้าสูง ร้อยละ 11-68 (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลจากพยาธิสภาพในสมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ Neuroendocrine Mechanism ทำให้สารสื่อประสาท Serotonin ทำงานได้น้อยกว่าเดิมหรือการตอบสนองทางอารมณ์ภายหลังการเจ็บป่วยและพิการ (Newberg, 2006) ผลจากรอยโรคโดยตรง และผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาท ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเช่นเคย และไม่สามารถไปไหนมาไหนได้อย่างอิสระ จึงเกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกด้อยค่าในตัวเองจึงอาจแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ ผู้ที่มีพื้นฐานทางอารมณ์คืออยู่เดิมอาจไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ หรือ พฤติกรรมมากนัก เพราะสามารถปรับสภาพจิตใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ส่วนผู้ที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ไม่มั่นคงหรือไม่ได้อยู่เดิม อาจเกิดอาการทางจิตเวชได้ (ปิยภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์, 2550)

ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ และคงสัมพันธภาพเดิมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ทั้งในครอบครัว และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัว ผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนมากขึ้น (อาภรณ์ รัตนวิจิตร, 2541) และภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยยังมีความพิการทางด้านร่างกายหลงเหลือที่ทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ทำให้รายได้โดยรวมของครอบครัวลดน้อยลง แต่ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลตามมา (วรลักษณ์ ทองใบประสาธ, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ไพบูลย์, 2550)

จะเห็นได้ว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว มีอาการอ่อนแรงของร่างกาย ระบบประสาทสัมผัสลดลง มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร และมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Popovich, Fox, & Bandagi, 2007; Kirkevold, 2002; Matthews, 2009) ซึ่งส่งผลให้ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียถึงความบกพร่องทางกายที่สูญเสียไป ไม่สามารถ

ทำได้ ในสิ่งที่พวกเขาเคยทำได้มาก่อน ทำให้เกิดความทุกข์ยากลำบาก และหวาดกลัวถึงอนาคตที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเข้าใจ และคำนึงถึง การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Hilari, Northcote, Roy, & Marshall, 2010) และยังพบว่า ประมาณ ร้อยละ 50 - 70 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่กับโรคเรื้อรัง และอาการพิการที่เป็นผลกระทบ คือ การพูด, การเคลื่อนไหว, การคิดรู้ และการมองเห็น จึงทำให้ผู้ป่วย มีความวิตกกังวลซึมเศร้าได้ ผู้ดูแลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้ความสำคัญในการดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gurr, 2009) ดังนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ที่ต้องทำการดูแลผู้ป่วย ที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ในการช่วยเหลือและดูแลตนเอง กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และ การฟื้นฟูสภาพต่าง ๆ รวมถึงการดูแลทั้งด้านอารมณ์ และจิตใจ (ประกอบพรทิมาทอง, ภาวนา กิริยิตตวงศ์ และ รัชนี สรรเสริญ, 2551) ผู้ดูแล จึงเป็นบุคคลที่สำคัญของครอบครัว ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้เป็นภาระความรับผิดชอบอย่างมากที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยจะส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึก เป็นภาระ เครียด ท้อแท้ อ่อนล้า เหนื่อยหน่าย และแยกตัวจากสังคมได้ ซึ่งทำให้ ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (รัชนี สรรเสริญ, 2551) โดยสามารถแบ่งผลกระทบออกเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้ ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทรุดโทรมลง โดย อาจมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดปกติ หว้านกลดลงมาก หรือบางราย เป็นโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียด และทานอาหารไม่ตรงเวลา หรือบางรายอาจมีอาการตึงเครียด จนเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลที่ตามมาได้ (Blonder et al., 2007; Keegan, 2003)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกถึง ความทุกข์ยากลำบาก ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีความรู้สึก เครียด วิตกกังวล โกรธหรือโมโหง่าย และมีภาวะสับสนในจิตใจ การตัดสินใจลดลง มีความรู้สึกคับข้องใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกถึง ความไม่มั่นใจ และไม่แน่นอนในบทบาทที่ได้รับ รวมทั้งการขาดความรู้และทักษะในการดูแลหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ และในบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า ไม่พร้อมในการทำ

หน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (รจนา ภูไพบูลย์, 2541; King & Semik, 2006; Shanmugham, Cano, Elliott, & Davis, 2009)

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล ถึงการจัดซื้อสิ่งของในการฟื้นฟูสภาพ เครื่องมือที่จำเป็น รวมทั้งค่ายาและค่ารักษาพื้นฐานโดยทั่วไป และในผู้ดูแลบางราย ต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้รายได้ลดลง จนอาจเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจขึ้น (รจนา ภูไพบูลย์, 2541; Rosenberg, Jullamate, & Azeredo, 2009) นอกจากนี้ผู้ดูแลโดยส่วนมากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้การดำรงบทบาททางสังคมลดลง ไม่ได้ไปพบปะเพื่อนฝูง หรือมีโอกาสในการเข้าสังคมน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหน่าย อ่อนล้าเกิดความไม่พร้อมในการดูแลขึ้นได้ (รัชณี สรรเสริฐ และ คณะ, 2549)

จะเห็นได้ว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ทำให้ผู้ที่ต้องเข้ามารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล รู้สึกถึงความเครียด วิตกกังวล และเป็นภาระในการดูแลเป็นอย่างมาก (อุมา จันทวิเศษ, 2552) และในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมมากขึ้น รวมทั้ง ยังทำให้สัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติลดลง (ปิยรัตน์ ดวงสิน 2545; ฤทัย แสนสี, ประยงค์ ลิมตระกูล และเดชา ทำดี, 2551) ซึ่งหากผู้ดูแลมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมในการดูแล ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลสำหรับผู้ดูแลได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลกระทบกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญของครอบครัว ที่จะมามีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่มีภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพา โดยไม่ได้รับคำตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล ซึ่งบุคคลนั้นอาจเป็น ญาติ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2540; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) โดย Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย และการให้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือเป็นผู้คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ในด้านต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้

โดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็น ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล

การที่บุคคลจะเข้าไปรับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วัฒนธรรมประเพณี ที่สืบทอดกันมา ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย (ภรภัทร อิมโอรุ, 2550; สุธิดา รัตนสมหาร, 2542; จินนะรัตน์ ศรีภักธิบุญ, 2540)

1.1 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ส่วนมากมีภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือในด้าน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งกาย และสุขอนามัยต่าง ๆ

1.2 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาททางสังคม และเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้มากที่สุด โดยทำการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

1.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนมากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงควรให้การดูแลเอาใจอย่างมากในเรื่อง แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ และภาวะข้อยึดติด

2. สัมพันธภาพ โดยส่วนมากบุคคลที่เข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการดูแล เพื่อที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ เห็นอกเห็นใจ และห่วงใยซึ่งกันและกัน

3. ศักยภาพของผู้ดูแล คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลเป็นอย่างดี

4. การยอมรับของผู้ดูแล ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลมีความรักความผูกพัน มีความเห็นอกเห็นใจ และมีเจตคติที่ดีต่อผู้รับการดูแล

5. การยอมรับของผู้รับการดูแล คือการที่ผู้รับการดูแลมีความพึงพอใจกับการได้รับการดูแล จากผู้ดูแล และยอมรับในการเป็นผู้ให้การดูแล

6. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับ ภาระหน้าที่ และงานประจำที่ทำอยู่ของผู้ดูแล

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ โดยส่วนมากบุคคลในครอบครัว จะให้ผู้ที่ไม่มีงานประจำต้องรับผิดชอบเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนบุคคลที่มีภาระหน้าที่และงานประจำ จะเป็นผู้ทำการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลต่าง ๆ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็น โรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว (วิลลาร์ด ภูวราวุฒินิช, 2537ก) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยสามารถแบ่งการดูแลออกได้เป็น 4 ด้าน (นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ (ธัญญาภรณ์ ดาวน์พเก้า, 2547) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

2. การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าโดยส่วนมากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจเป็นส่วนใหญ่ เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ความพิการของร่างกาย มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง (Bakas Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwich, 2002)

ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนให้กำลังใจ และมีความเข้าใจในภาวะคับข้องใจที่ผู้ป่วย เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป (นิภาภัทร ภทรพงษ์ฉันทิต, 2548)

3. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เพิ่มขึ้น (พัชรวิมล คุปต์นฤตยกุล, 2543) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การเคลื่อนไหวข้อต่อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียง กับปกติมากที่สุด

4. การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วย กลับไปอยู่ที่บ้านคือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมาเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม และระบบทางเดินปัสสาวะ (ธัญญาภรณ์ ดาวันเพ็ญ, 2547) ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องดูแลและป้องกันภาวะ แทรกซ้อนในเรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลทางเดินหายใจ และการป้องกันภาวะ ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบโดยการฟื้นฟูสภาพกำลังของกล้ามเนื้อ และการดูแลเพื่อป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของโรค

จะเห็นว่า จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้ง ทางด้านร่างกาย ความคิดสติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึกรู้จัก จึงต้องได้รับการปฏิบัติการดูแล จาก ผู้ดูแล ทดแทนในบางส่วน หรือเกือบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหรือระดับความ เจ็บป่วย ผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติการดูแล ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มี ประสิทธิภาพ จึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่า ผู้ดูแลโดย ส่วนมากเป็น สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล และจาก การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทของการเป็น ผู้ดูแล และยังอาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำ ให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ความพร้อมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะแสดงถึงการรับรู้ของผู้ดูแล ที่จะปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่ เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2541) โดยถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จะ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำการดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จันทร์ศรี ไรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง, 2551) ซึ่งความพร้อมเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (McCubbin & Marilyn, 1996) แต่ที่ผ่านมามีพบว่าผู้ดูแลมักไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (อุมา จันทวิเศษ, 2552) ถึงแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาล (สิริชา จิราภักดิ์, รัชนิ นามจันทรา และหทัยชนก บัวเจริญ, 2553) อาจเนื่องมาจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน รวมทั้งยังขาดข้อมูลและทักษะในการดูแล ที่สอดคล้องกับการดูแลที่บ้าน (Blonder et al., 2007; King & Semik, 2006) ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวถึงความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จึงมีความสำคัญมาก โดยมีผู้ให้ความหมายของความพร้อมในการดูแลไว้ ดังนี้

Archbold et al. (1995) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

Schumacher et al. (2008) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแล ว่าเป็นการแสดงถึงการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลสำหรับบทบาทที่ได้รับ เช่น การจัดการดูแล ทางด้านร่างกาย, การจัดหาการสนับสนุนทางด้านอารมณ์, การจัดหาบริการการสนับสนุนที่บ้าน และการจัดการเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

สุปราณี สมบูรณ์ (2548) ความพร้อมในการดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งความพร้อมในการดูแลเป็นสภาวะของบุคคลที่มีลักษณะทางจิตวิทยาที่จะตกลงใจที่จะเรียนรู้ ฝึกฝน ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เรียน มีแรงจูงใจและความปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการดูแล

วิไลพร ศรีเชรศ (2546) ความพร้อมในการดูแลเป็นการรับรู้ของความพร้อมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องถึงความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงความเกี่ยวข้องกับปัญหาและความตึงเครียดจากบทบาท ในการได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการเตรียมตัวในการเป็นผู้ดูแล รวมไปถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และสรีระวิทยา และการรักษา รวมถึงความรู้ที่จะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ซึ่งถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีพอ ก็อาจจะเกิดผลที่ตามมาซึ่งเป็นผลกระทบ ที่มากมาย ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

กล่าวโดยสรุป ความพร้อมในการดูแล คือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของตนเอง ว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วยในบทบาทต่าง ๆ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการทางสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการทำให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน และด้านการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล

จากการศึกษาของ Stewart and Archbold (1986) ได้ทำการศึกษางานวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล จึงได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมขึ้น โดยพบว่า ถ้าผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทำการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ โดยสามารถแบ่งความพร้อมออกได้ดังนี้ คือ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความพร้อมในการดูแล สามารถสรุปถึงความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (บุษรา ศรีสุพัฒน์, 2552; วิไลพร ศรีเศรษฐ, 2546) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เป็นความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมี ความพิการหลงเหลือ โดยร้อยละ 50 มีความบกพร่องทางร่างกายจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (วิจิตรา เชาว์พานนท์ และสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์, 2550) ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะมีความ บกพร่องของ ระบบประสาทสั่งการ ประสาทรับสัมผัส ความจำ การสื่อสาร การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการ ทำหน้าที่ของผู้ป่วยเสียไป (จักรรัศม์ ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ดุลาทอง, 2551) ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็น บุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่มีการ เตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมตั้งแต่ในช่วงแรก จะส่งผลให้เกิดปัญหาและเป็นภาระของผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ เป็นความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องของการตอบสนองต่อ อารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยพบว่าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เกิดขึ้น เนื่องมาจากผู้ป่วยต้องกลายเป็นคนพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เกิดภาวะดังเครียด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ ซึมเศร้า และไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และในบางราย อาจมีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง และเรียกร้องความต้องการ (ฤทัย แสนสี, ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเดชา ทำดี, 2551; สิริชชา จิรจารุ และคณะ, 2553) ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่พร้อมและไม่สามารถทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล เป็นความสามารถในการหาแหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ ทั้งภายใน และภายนอกครอบครัว ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลได้ โดยพบว่า ผู้ดูแลต้องคอยประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลให้เป็นไปตามแผนการรักษา (อ้อมใจ แก้วประหลาด, หทัยชนก บัวเจริญศรี นามจันทร์, 2552) ซึ่งถ้าผู้ดูแลขาดความพร้อมในเรื่องนี้จะทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วย ทั้งทางด้าน การให้ยา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

4. ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล คือ ความสามารถของผู้ดูแล ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ในระหว่างให้การดูแลได้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน และผู้ดูแลโดยส่วนมากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวันซึ่งเป็นภาระที่หนักมาก (Rosenberg et al., 2009) และผู้ดูแลโดยส่วนมากต้องเข้าดำรงบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต โดยปราศจากโอกาสการปรับตัว ซึ่งนำไปสู่ ความรู้สึก วิตกกังวล และดังเครียดได้ (Draper & Brocklehurst, 2007) ซึ่งพบว่าถ้าผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมที่ดี จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล มีการปรับตัวที่ดี และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้ (วิไลพร ศรีธรรม, 2546)

5. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ คือ เป็นการเรียนรู้และเข้าใจในสภาพของโรค และการเจ็บป่วย และเกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแล โดยพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดำเนินของโรค การเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ทั้งด้านปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความผาสุกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และโดยลักษณะของวัฒนธรรมไทย เมื่อมีคนใจครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย ผู้ดูแลก็จะมีความเต็มใจในการดูแล ซึ่งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (Rosenberg et al., 2009; Williams, Rittaman, Boylstein, Faircloth, & Haijing, 2005) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการ

รับรู้เรื่องโรค และการดูแล เนื่องจากพบว่า การเตรียมความพร้อมที่ดีสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลด้นน้อยลง และมีความมั่นใจในการดูแล (Schumacher, Stewart & Archbold, 2007) ส่งผลให้เกิดการดูแลที่สร้างความพึงพอใจให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

6. ความพร้อมในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน คือความสามารถของผู้ดูแล ในการที่จะควบคุม และจัดการ ในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถแก้ไข และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เกี่ยวกับโรค รวมทั้งการตัดสินใจในการดูแล หรือนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยส่วนมากภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักจะช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และในบางราย มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ (สุดศิริ หิรัญญชุนหะ, 2541) ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ในเรื่องการฝึกทักษะการสังเกต และประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อย่างถูกต้อง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2545)

7. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล เป็นความสามารถในการหาแหล่งความช่วยเหลือ ในการดูแล เช่น การสนับสนุนทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้และข้อมูล เกี่ยวกับ โรค การรักษา และการช่วยเหลือทางด้าน อารมณ์ จิตใจ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง โดยอาจได้รับข้อมูล จาก โรงพยาบาล สถานบริการทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อนบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยพบว่าในปัจจุบันระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, พวงพยอม ปัญญา, 2550) ดังนั้นในผู้ดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ทั้งในเรื่องทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้ง การได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์, ไพรวลัย พรหมทิ, ทินวิสุทธิ ศรีละมัย และสุวรรณา ธาดาพิพัฒน์, 2549) และเมื่อผู้ดูแลต้องกลับมาทำการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมนั้นยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์และภาวะวิกฤติในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความพร้อมในการดูแลที่ดีมากขึ้น (จันทนา ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิไลพรรณ สมบุญตนท์ และสุพัฒนา คำสอน, 2551)

8. ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วย เป็นความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมทั้งหมด ว่า มีความพร้อมในการดูแล และ มีการเตรียมความพร้อม เกี่ยวกับ แนวทางการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างให้การ

ดูแลได้ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการบกร่องในด้านการเคลื่อนไหว และอาการทางระบบประสาทอื่น ๆ เช่น มีปัญหาทางด้านการพูด การเคี้ยว การกลืน การขับถ่าย ความจำเสื่อมหรือสับสน บางรายอาจไม่รู้สึกรู้ตัว ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะที่ต้องพึ่งพา โดยมักจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ที่ต้องเข้ารับการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป (สิริขจรจิราภักดิ์ และคณะ, 2553)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมที่ถูกต้องเหมาะสม และทราบแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ

การประเมินความพร้อมในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการประเมินถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์เพื่อการวางแผนในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลเพื่อทำการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการประเมินความพร้อมในการดูแลนั้นพบได้ ดังนี้

การศึกษาของ Archbold et al. (1990, 1992) ได้พัฒนาแบบวัดความพร้อมในการดูแล (The Preparedness for Caregiving Scale) ซึ่งใช้ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการทางสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแลด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน และด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล รวมทั้งความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ โดยแบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ 5-Likert Scale ซึ่งได้มีการรายงานค่า ความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง = 0.86-0.91 และ Wirojratana (2002) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทย และได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 80 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง = 0.82 ต่อมา วิไลพร ศรีเรศ (2546) ได้ดัดแปลงแบบประเมินความพร้อมของ Wirojratana (2002) และได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การศึกษาของ สุปรานี สมบูรณ์ (2548) ได้พัฒนาแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล มาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของ Stewart and Archbold (1986, 1995) โดยประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อม

ในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากโรงพยาบาล และความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

สำหรับการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้ แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาจาก แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อม ของ สุปราณี สมบูรณ์ (2548) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของ Stewart and Archbold (1986, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

จากแนวคิด ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ของ Archbold et al. (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยตรง สำหรับการศึกษานี้มุ่งประเมินถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งเป็นการประเมินบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล มีความตึงเครียดในบทบาทลดน้อยลง และเพิ่มความรู้ถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลถึงศักยภาพที่ดีของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ (อุมะ จันทวิเศษ, 2552; วิจิตร ชาญพานนท์ และ สุวรรณ วิชาดสงเคราะห์, 2550; Bakas et al., 2002) ซึ่งความพร้อมในผู้ดูแลจะมีมากขึ้นเพียงใด อาจเกิดจากปัจจัยทั้งจากด้านตัวผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล ด้านครอบครัว และด้านสังคม ซึ่งจากแนวคิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของ Archbold et al. (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ในการให้การดูแลของผู้ดูแล คือ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่าปัจจัยเหล่านี้ยังมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมักไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (อูมา จันทวิเศษ, 2552) ถึงแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาล (สิริชชา จิราจารุภัทร และคณะ, 2553) อาจเนื่องมาจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน รวมทั้งยังขาดข้อมูลและทักษะในการดูแล ที่สอดคล้องกับการดูแลที่บ้าน (Blonder et al., 2007; King & Semik, 2006)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ปัจจัยดังกล่าวนี้ น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ดังนี้

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเสียไป (จันทร์ศรีม ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตูลาทอง, 2551) ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ประกอบกับผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์เกิดขึ้น เนื่องมาจากผู้ป่วยต้องกลายเป็นคนพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดภาวะดังเครียด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ ซึมเศร้า และไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ (ฤทัย แสนสี และคณะ, 2551; สิริชชา จิราจารุภัทร และคณะ, 2553) ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมในการดูแล จะเป็นข้อจำกัดต่อความพร้อมในการให้การดูแลช่วยเหลือกับผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) โดยที่ผ่านมามีผู้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

WHO (1998) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นสภาวะของความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ได้หมายถึงแต่เพียงความปราศจากโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น

วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลว่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึง การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

เสาวลักษณ์ เนตรซัง (2545) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึงการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของตน รวมถึงผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแล

ประกอบพร ทิมทอง (2550) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของตน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบจากการดูแลที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจากการทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ถึงสภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพบนการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพเป็นคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ที่สัมพันธ์กับมิติร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพเป็นองค์รวม และสุขภาพมีความซับซ้อนเป็นพหุมิติ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ศึกษาและทำการคัดกรองมิติ และองค์ประกอบย่อยที่จะนำมาใช้วัดภาวะสุขภาพของบุคคลไว้รวมเป็น 2 มิติใหญ่ ๆ (วรรณรัตน์ ถาวัง และคณะ, 2547) คือ

1. มิติที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยตรง ได้แก่ การมองเห็น อารมณ์ความรู้สึก ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย การเคลื่อนไหว และสติปัญญา
2. มิติที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพทางอ้อม ได้แก่ การนอนหลับ การดูแลตนเอง และกิจกรรมระหว่างบุคคล

ปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบในผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลทำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมาได้ ดังนี้ (วรรณรัตน์ ถาวัง และคณะ, 2547; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; Tang & Chen, 2002)

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้แรงและกำลังบ่อยครั้ง เป็นผลให้ผู้ดูแลมักมีอาการปวดหลัง และปวดเมื่อยตามร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เป็นเวลาที่ยาวนาน ประกอบกับผู้ดูแลบางคนมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนหน้าแล้ว การเข้ามารับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดการดูแลตนเอง และพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงได้
2. ปัญหาทางด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลบางราย เกิดความตึงเครียด ไม่พอใจที่ต้องทำการดูแลผู้ป่วย เบื่อหน่ายกับหน้าที่ที่ได้รับ และในบางครั้งพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึก หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ และ โมโหง่าย และในบางรายอาจพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

3. ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในการเป็นผู้ดูแลที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว ถูกแยกจากสังคม และยังพบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลที่ตามมาภายหลังที่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่เข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลจะมีอายุค่อนข้างมาก และมักมีปัญหาสุขภาพก่อนเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล (สมคิด ปุณะศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ตีรารักษ์ และวิราวรรณ จันทมูล, 2552; Draper & Brocklehurst, 2007; Rosenberg et al., 2009) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน และเป็นภาระที่หนักมากของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งในผู้ดูแลบางรายใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน โดยพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ดูแล จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่แย่ลงซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Rosenberg et al., 2009) เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่มั่นใจ และไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่าปัจจัยด้านภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.18, p < .05$) และจากการศึกษาของ อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) พบว่าการได้รับการบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแล ($r = .22, p < .05$) จึงทำให้เห็นว่าภาวะสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ถึงแม้ผู้ที่เข้ารับบทบาทในการเป็นดูแลบางรายจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพก่อนการดูแล (ไวไลพร ศรีชเรศ, 2546) และมีอายุเฉลี่ยที่มาก แต่กลับพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลมีการประเมินถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของตนเองอยู่ในระดับที่สูง (Shyu et al., 2008) ซึ่งทำให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ดูแลจะมีอายุที่มากและมีปัญหาทางด้านสุขภาพแต่ถ้าได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี จะทำให้รู้สึกว่าคุณมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีการประเมินภาวะสุขภาพที่พบได้ ดังนี้

การศึกษาของ Ware and Sherbourne (1993) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ (The SF-36 Health Survey) จากงานวิจัยคุณภาพที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล โดย

แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน จำนวน 36 ข้อ เป็นอัตราส่วนประมาณค่า ลิเกิต (Likert Scale) 5 ระดับ และ 3 ระดับ มีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยการหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.80 และ Wirojratana (2002) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 80 ราย มีการรายงานค่าความเที่ยง = 0.85 ต่อมาประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้ดัดแปลงแบบประเมินภาวะสุขภาพของ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2545) และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง = 0.92

การศึกษาของ วรรณรัตน์ ลาวัณ (2547) ได้ดัดแปลงแบบประเมินมาจากแบบสำรวจสถานะสุขภาพชนิดผู้ตอบประเมินตัวเองที่สุชาดา ทวีสินธุ์ และจินตนา วัชรสินธุ์ (2546) พัฒนามาจาก Health State Description (WHO) โดยแบบประเมินมี 8 มิติ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตัวเอง ความเจ็บปวด/ ไม่สุขสบาย การมีสมาธิ การสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมองเห็น การนอนหลับ ความมีชีวิตชีวา และอารมณ์ โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านจำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) เนื่องจากมีความครอบคลุมในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเครียดของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Archbold et al., 1995) โดยที่โรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า (Ostwald, Swank, & Khan, 2008) ภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยมักจะมีภาวะพึ่งพาทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทใหม่ เป็นภาระที่หนัก และต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน (King & Semik, 2006) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเครียดในบทบาทที่ได้รับ ซึ่งจะส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความเครียดในบทบาทไว้ ดังนี้

Hardy and Conway (1998 อ้างถึงใน ดวงสุตา วงศ์ช่วย, ถังพณา กิจรุ่งโรจน์ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร, 2553) กล่าวถึง ความเครียดในบทบาทว่า หากบุคคลที่ถือครองบทบาทไม่สามารถ

ปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม หรือไม่ตอบสนองต่อ ความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง ก็อาจทำให้บุคคลนั้น รู้สึกเครียดในบทบาทที่ตนถือครองได้

วิไลพร ศรีธเรศ (2546) ความเครียดในบทบาท หมายถึง ความยากลำบากในการเข้ารับ บทบาทที่ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้เป็นสาเหตุถึงความรู้สึก ขัดแย้งในบทบาท, บทบาทไม่ตรงกับ ความคาดหวัง, ความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น และ ความเครียดในบทบาทโดยรวม

กล่าวโดยสรุป ความเครียดในบทบาท คือ การที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึก ถึงความขัดแย้งและ เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติบทบาทที่ได้รับ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล คือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความยากลำบากในการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 มิติ (Stewart & Archbold, 1986, 1994; คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุตินา มาตยมูล, 2546) คือ

1. ความขัดแย้งในบทบาท คือ การมีบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวด้วยการเพิ่ม หรือลดในการใช้เวลาในบางบทบาทหรือบางลำดับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งดูเหมือน ผู้ดูแลจะทำในสิ่งที่ดีและเหมาะสมในภาระหน้าที่แต่เพียงผู้เดียว ดังนั้นพวกเขาจะรู้สึกถึงความขัดแย้ง ในบทบาท ที่จะตามมา ซึ่งความขัดแย้งในบทบาท เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งมัน อาจจะส่งผลต่อ บทบาทอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลมีอยู่แล้ว พวกเขาจะต้องมีการจัดการกับเวลาในการรับผิดชอบ กับบทบาทอื่น ๆ ผู้ดูแลอาจจะมี ความเครียด และรู้สึกว่า เป็นภาระจากความขัดแย้งในบทบาท

2. บทบาทไม่ตรงกับความคาดหวัง หมายถึง พฤติกรรมซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ แสดงความสอดคล้องถึงความคาดหวัง ระหว่างบุคคล ผู้ดูแลผู้ซึ่งแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลมีการแสดง ถึงพฤติกรรมที่สอดคล้อง ถึงผู้ป่วย และความคาดหวังของญาติ ซึ่งผู้ดูแล สามารถที่จะให้การดูแล ผู้ป่วยได้ แต่ถ้าผู้ดูแลรู้สึกว่า นั่นเป็นสิ่งที่พวกเขาไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของ ผู้ป่วย และบุคคลในสังคมได้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นได้ ซึ่ง บทบาทไม่ตรงกับความคาดหวัง เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลมีความยากลำบากในการบรรลุบทบาทของตนเอง เพราะไม่สามารถ ปฏิบัติบทบาทการดูแลที่มีการคาดหวังได้

3. ความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทุกอย่างให้ ทำให้รู้สึกถึงความเป็นภาระ และการดูแลที่เป็น ระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ก่อให้เกิดความเครียด อ่อนล้า รู้สึกเป็นทุกข์ และอาจมี อาการซึมเศร้า Tell et al. (2001) นอกจากนี้ พวกเขายังมีเวลาในการดูแลตัวเองที่น้อยลง และมีการ พักผ่อนที่น้อยกว่าปกติ ผู้ดูแลจะมีเวลาน้อยมากในการพบ และมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง ซึ่งทำให้เป็น

สาเหตุของความตึงเครียด (Han & Haley, 1999) ซึ่งความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลใหม่ ดังนั้น ความเครียดในความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแล และผู้ที่ได้รับการดูแล อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางลบของ ความสัมพันธ์ อาจจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเครียด ในบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

4. ความเครียดในบทบาทโดยรวม หมายถึงประสบการณ์ในการดูแล ความยากลำบากในการดูแล หรือการขาดความเป็นอิสระที่ควรได้รับทั้งหมด รวมถึงเวลาที่ใช้ไปกับการดูแลผู้ป่วยมากกว่านั้นผู้ดูแล อาจจะขาดความมั่นใจในตัวเองในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่ง ความเครียดโดยรวม เกิดขึ้นเมื่อ ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในสถานการณ์ทั้งหมดของการเป็นผู้ดูแล สิ่งนี้ นำพาให้เกิดประสบการณ์ทางด้านลบ รวมทั้ง ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ความยากลำบากในการดูแล ความเครียดและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล คือ ภาระงานที่หนักที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ต้องคอยดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2537) ซึ่งในบางครั้ง ทำให้ผู้ดูแลนำบทบาทหน้าที่บางอย่างบกพร่อง หรือทำไม่เต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล ตามมาได้ (ยุพพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สามารถแบ่งสาเหตุของความเครียดออกได้เป็น 2 ประการดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1. Primary Stressor เป็นความเครียดที่เกิดจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย จากสาเหตุของข้อจำกัดทางร่างกาย และความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้อง และในบางครั้งผู้ป่วยมักมีการแสดงออกโดยเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ และรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนในการแสดงบทบาทผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจึงมีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง การสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ในด้านต่าง ๆ

2. Secondary Stressor เป็นความเครียดที่เกิดจากผลของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสูญเสียอิสระ การสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การมีเวลาว่างลดลง และยังได้รับแรงกดดันจากความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากครอบครัว ซึ่งภาวะเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านสุขภาพต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล ซึมเศร้า และมีอาการทางกายร่วมด้วยเช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วยปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ดังนี้

1. เพศ มีผลต่อการเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง ที่ต้องรับภาระดูแลทุกคนในบ้าน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) นอกเหนือจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เนื่องจาก พื้นฐานความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแล ทั้งในฐานะที่เป็น มารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงซึ่ง พบว่ามีความสัมพันธ์ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทได้ (วิไลพร ศรีเรศ, 2546)
2. อายุ มีผลเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมักจะมีอายุเฉลี่ย 45 ปีขึ้นไป (ชุดิมา มาตยมูล, 2546) โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีการเรียนรู้ และรับรู้ถึงภาระการดูแลที่มากขึ้นด้วย
3. ระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาดี จะมีการใช้เหตุผล และสติปัญญาในการแก้ไขปัญหา และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์การในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ดีกว่า ซึ่งอาจทำให้มีความเครียดที่น้อยกว่า (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)
4. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากมักจะเป็น คู่สมรส ญาติ และสมาชิกในครอบครัว (ปราณี สุทธิสุนทร, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง, 2552) ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลจะทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแล และความรับผิดชอบขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ (จอม สุวรรณโณ, 2541)
5. ความรู้หรือทักษะในการดูแล ผู้ดูแลที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเครียด และความคลุมเครือในบทบาท ทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)
6. การสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกือบตลอดเวลาเพียงลำพังผู้เดียว จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ท้อถอย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเครียดได้ (สิริชชา จิราจารุภัทร และคณะ, 2553) แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือบริการต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว, สังคม หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะช่วยเพิ่มให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะเผชิญความเครียดได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

7. สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายสำหรับครอบครัว และผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (ปราณี สุทธิสุขนธ์ และคณะ, 2552) โดยพบว่าถ้าผู้ดูแลมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะเป็นแรงสนับสนุนให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดี (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537ข)

8. สุขภาพของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอจะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ เนื่องจากโดยส่วนมากผู้ดูแลมักให้การดูแลผู้ป่วยจนทำให้ตนเองมีปัญหาสุขภาพตามมา ทั้งจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาเรื่องปวดเอว ปวดหลังและเหนื่อยล้า (สุทธศิริ หิรัญขุนทด, 2541)

9. บทบาทหน้าที่ และอาชีพของผู้ดูแล เกิดขึ้นได้ในกรณีที่ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทการเป็นดูแลขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

10. ระยะเวลาในการให้การดูแล ระยะเวลาในการดูแลมีผลโดยตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล โดยพบว่าระยะเวลานานขึ้นของการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลลดน้อยลง (ภัทริยา รัตนวิมล, 2545) ซึ่งทำให้ส่งผลต่อความเครียดในบทบาทการดูแลที่ลดน้อยลงด้วย

ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีผลให้สภาพร่างกายเสียสมดุลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่สำคัญ คือ ด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548; จำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช, 2545)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็ง ทำให้มีผลต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอย่างไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดได้เนื่องจากการเพิ่มของกรดแลคติก และกล้ามเนื้อที่แข็งแรงนี้จะดึงกระดูกบริเวณที่หดเกร็งให้ออกนอกแนว

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติและพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อาหารไม่ย่อย จุกเสียดในท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น

1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือ ปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

1.4 ระบบฮอร์โมน อาจพบภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ความต้องการทางเพศลดลงทั้งชาย และ หญิง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน

1.5 ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสดีเชื้อได้ง่าย

2. ด้านจิตใจ

2.1 อารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวลและซึมเศร้า

2.2 ความคิด ทำลายหรือขัดขวางการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรองในการทำสิ่งต่าง ๆ

ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ส่งผลเสียต่อการฟื้นฟู และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยตรง

จากการศึกษาถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าจากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (King & Semik, 2006) ทำให้ผู้ที่เข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล เกิดความยากลำบาก และมีประสบการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลสูง (Franzen, Larson, Murry, Biling, 2007; Schulz & Beach, 1999) ซึ่งผลจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย วิตกกังวล นอนไม่หลับ การตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิด ความเครียดในบทบาทอย่างมาก (Visser et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คือ มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เหมือนอย่างเดิม (Dwyer, 2004) ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียสละความสุขส่วนตัว ใช้ความอดทนอดกลั้น บางครั้งอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หรือวิตกกังวล กับภาระที่ตนได้รับ จนเกิดเป็นความเครียดในบทบาทที่ได้รับได้ (ปราชญ์สุทธิสุนทร และคณะ, 2552) โดยพบว่าความเครียดในบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Schumacher et al., 2007)

พบว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสามารถที่จะเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงเวลาของการดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลานาน อีกทั้งผู้ป่วยยังมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการดูแลได้ (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2547) ซึ่งความเครียดในบทบาททั้งหมดนี้เกิดขึ้นเพราะผู้ดูแลต้องปรับตัวกับสถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่น สภาพอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย การต้อง

มีความคิดและการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ความแตกต่างในความจำเป็นในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งความคาดหวังของผู้ป่วย, ครอบครัว และสังคม (ชุตินา มาตยมูล, 2546) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้มีผลต่อความร่วมมือในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น แต่จากการศึกษาของ Kerr and Smith (2001) กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความเครียดและความร่วมมือในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ คณองนิช ไชยวุฒิ (2546) และอารีย์ แสงรัสมิ (2547) ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างความเครียดในบทบาทและความร่วมมือในการดูแลของผู้ดูแล ($r = -0.238, p < .01$; $r = -0.295, p < .01$) จึงเห็นได้ว่า ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องของความร่วมมือในการดูแล ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรหนึ่งเพื่อศึกษาว่าความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความร่วมมือในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่

การประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

การศึกษาของ Stewart and Archbold (1986, 1994) ได้พัฒนาแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ความขัดแย้งในบทบาท, บทบาทไม่ตรงกับความต้องการ, ความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น และ ความเครียดในบทบาทโดยรวม โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ มีการรายงานค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง = 0.64-0.80 และ Wirojratana (2002) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย มีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่น ได้สัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.61-0.99 ต่อมาได้มีผู้นำแบบวัดของ Wirojratana (2002) มาดัดแปลงและนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ คือ การศึกษาของ วิไลพร ศรีเรศ (2546) ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นภรรยา จำนวน 110 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เรียงตามลำดับแบบสอบถามดังนี้คือ 0.76, 0.50, 0.87, 0.70 ส่วนการศึกษาของ คณองนิช ไชยวุฒิ (2546) ได้นำไปใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ชายจำนวน 15 ราย โดยได้นำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเรียงตามลำดับแบบสอบถามดังนี้คือ 0.80, 0.44, 0.89, 0.56 และการศึกษาของ ชุตินา มาตยมูล (2546) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 109 ราย โดยได้นำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหา

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.92

สำหรับการประเมินการความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ วิลพร ศรีเศรษฐ (2546) โดยใช้แบบสอบถามในด้านที่สี่คือแบบประเมินความเครียดในบทบาทโดยรวม เนื่องจากมีความครอบคลุมในการมีส่วนร่วมในการดูแล และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้

การสนับสนุนทางสังคม

เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิลมรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537ก) และจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทหน้าที่ใหม่ และต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้ลดความเบื่อหน่ายท้อแท้ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, ช่อลดา พันธุเสนา, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2542) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี โดยมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย โดยแบ่งตามชนิดของการให้ (Type of Support) ดังนี้

McCubbin and Marilyn (1996) การสนับสนุนทางสังคม คือแหล่ง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคคล และสถานที่ ที่ครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว อาจจะใช้ในการจัดการ กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

House (1981 cited in Schaffer, 2004) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลหนึ่งคน ได้รับการสนับสนุน โดยมีการสื่อสารผ่านทางความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น กลุ่มชุมชน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้เกิดการยอมรับ การช่วยเหลือ ความพึงพอใจ

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่าบุคคลอื่นให้ความรัก ความเอาใจใส่ คอยกอดตัวเขา และเห็นคุณค่าในตัวเอง นอกจากนั้นแล้ว บุคคลยังรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีการติดต่อสื่อสารกัน

Thoits (1982) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและ ข้อมูล ซึ่งเกิดจากการมีการติดต่อ กับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

Norbeck (1988) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารนั้น จะเกิดการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้

บุคคลรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดสามารถช่วยให้บุคคล มีความเครียดลดลง ป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Caplan (1976) ให้คำจำกัดความ การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคล ได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Kahn (1979 อ้างถึงใน มาลัย สารานุกรมจิตต์, 2440) การสนับสนุนทางสังคม คือ ความรัก ความผูกพัน และการมีปฏิสัมพันธ์ ในแง่คืออย่างมีจุดหมาย ระหว่างบุคคล และการเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคล และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งของ เงินทอง

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนในสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถได้รับ จากบุคคลในทีมสุขภาพ และบุคคลทั้งในและนอกครอบครัว โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (Types of Social Support)

หมายถึง การให้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้นมีหลายประเภท ส่วนใหญ่เกิดจาก การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งถ้าจัดประเภทก็สามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภทตาม ลักษณะการให้โดยสามารถแบ่งได้ดังนี้

McCubin and McCubin (1996) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งการสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ เช่น จากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเพื่อน ๆ
2. การสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ เช่น สถานบริการทางการแพทย์ หรือ แหล่งบริการทางสังคม ต่าง ๆ ได้แก่ โรงเรียน, วัด และ การบริการต่าง ๆ ที่เป็นแหล่งสนับสนุนสำหรับครอบครัว

House (1981 cited in Schaffer, 2004) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) โดยทั่วไปมาจากครอบครัว และเพื่อนสนิท และเป็นรูปแบบที่รู้จักมากที่สุดของการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการเอาใจใส่ กังวล ห่วงใย รักและวางใจ รับฟังความคิดเห็น การยอมรับ เห็นคุณค่า และเห็นว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrument Support) เป็นการช่วยเหลือที่สามารถสัมผัสและจับต้องได้ หรือเป็นการบริการ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เงิน เวลา

3. การสนับสนุนทางข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล ในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่หรือเกิดความเครียดคือการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารการให้ คำแนะนำ ดักเตือน ปรึกษา

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ที่เป็นประโยชน์ สำหรับตนเอง

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) คือการให้ความรักและ ความเอาใจใส่มักจะได้จาก ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพันกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นสิ่งที่บอกให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) คือการที่บุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งในสังคม และ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน

Khan (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์ และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกในด้านบวกของอารมณ์ ระหว่างบุคคล โดยแสดงออกในรูปของ การยอมรับ ความผูกพัน ความรักและห่วงใย

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับในความคิดเห็นการกระทำของบุคคลอื่นว่าถูกต้องเหมาะสม

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่นการให้สิ่งของ ข้อมูล หรือ เงิน

ลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 อ้างถึงใน สายฝน เลิศวาสนา, 2546)

1. จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. ลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ผู้รับ เชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีต่อตนเองอย่างจริงใจ

2.2 ผู้รับนั้นรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ผู้รับนั้นเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. การสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถให้เป็น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือ การสนับสนุนด้านอารมณ์

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยดี แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม (Source of Social Support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยิ่งเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่ง House (1981 cited in Cohen & Syme, 1985) ได้จำแนกแหล่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ซึ่งจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Informal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่การทำงาน ได้แก่ ครอบครัว คู่สมรส และเพื่อนสนิท

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยการเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่การทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครหน่วยงานต่าง ๆ

ตามแนวคิดของ Pender (2006) ได้จำแนกแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดาคอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจ และให้คำแนะนำแก่บุตร หรือสมาชิกในครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่เหมือนกับประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา เพราะตนเองเคยมีประสบการณ์ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงในชีวิต และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างดีมาแล้ว และการที่ให้การสนับสนุน เป็นไปได้ในทางที่ดี

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เช่น วัด โบสถ์ มัสยิด เพื่อให้การสนับสนุนทางศาสนาจิตใจ และคำสอน

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มนี้ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อน กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้าน สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเป็นผู้เข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

พบว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ในเรื่องความต้องการความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยเมื่อรู้สึกท้อแท้มาก รองลงมาคือการให้กำลังใจ และคนที่สามารถพูดคุยปัญหาได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา บางรายอาจรู้สึกท้อแท้ที่ต้องคอยรับผิดชอบผู้ป่วยอยู่เพียงผู้เดียว และยังวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และผู้ดูแลยังต้องการ การสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค และแผนการรักษา และการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งยังต้องการ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และ ความต้องการการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการอีกด้วย และเนื่องจากสิ่งของและการบริการเป็นความต้องการที่สามารถเห็นได้เป็นรูปธรรม ที่สามารถจะลดภาระในการดูแลให้ผู้ดูแลได้ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความพร้อมในการดูแล ซึ่ง เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลยังได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก ซึ่งเป็นไปตามการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนนั้น และจากร้องขอของผู้ดูแล ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าแหล่งประโยชน์สนับสนุนในชุมชนมีหลายหน่วยงานที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือ และ สามารถเข้าถึง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายและความต้องการแล้ว ยังพบว่าไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ดูแล (จันทนา ชาญประโคน และคณะ, 2551) และพบว่า แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดา เพื่อบ้าน และเพื่อนร่วมงาน และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล (เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลต่อพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้โดยตรง

นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแล ($r = .54, p < .05$) (ธัญญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547) และจากการศึกษาของ กรรณิกา คงหอม (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .468$) และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ ($Beta = .433$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอฐ (2550) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .562, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลที่บ้านของผู้ดูแลได้ ($Beta = .311$) ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว และรู้สึกถึงการมีความพร้อมในการดูแลที่มากขึ้น แต่มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลยังได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย ในด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย การจัดการภายในบ้าน ด้านการเงินและ

วัสดุสิ่งของ (ฤทัย แสนสี และคณะ, 2551) และยังพบว่าถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของครอบครัว ทำให้รู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแล (จันทนา ชาญประโคน และคณะ, 2551) และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและเพื่อนบ้านในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ($r = 0.007$, $p = 0.470$) (วาสนี ชาญศรี, 2551) ซึ่งจะส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้ ทำให้เห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นนั้น ยังมีความแตกต่างและไม่ชัดเจนในเรื่องของความพร้อมในการดูแล ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรหนึ่งเพื่อศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสำคัญต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา การประเมินการสนับสนุนทางสังคมพบได้ดังนี้

การศึกษาของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ได้พัฒนาจากจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ เงินทอง การยอมรับและเห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และนำแบบประเมินดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การศึกษาของ วาสนี ชาญศรี (2551) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) โดยดัดแปลงจากแบบวัดของ อารีย์ แสงรัศมี (2547) โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และได้นำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 115 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 ในการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ในการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในชุมชน

การศึกษาของ รัชฎาภรณ์ คาวนพแก้ว (2547) ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ศิริรักษา นันทพงษ์ (2542) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่สร้างตามแนวคิดของ Weiss (1974) โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5

ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่าง โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 7 ระดับ และนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การศึกษาของ ภรภัทร อิมโอยฐ์ (2550) ได้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และได้้นำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ ภรภัทร อิมโอยฐ์ (2550) เนื่องจากมีความครอบคลุมในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล คือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจซึ่งกันและกัน และเป็นการทำนายถึงการปรับตัวที่ดีของผู้ดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลที่ดีได้ (Archbold et al., 1990) ซึ่งเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ที่ต้องเข้ามารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สิริชา จิราภุภักดิ์ และรัชณี นามจันทร์, 2553) ดังนั้นถ้าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบความสำเร็จ หากเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีขึ้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ทำให้ส่งผลถึงความไม่พร้อมในการดูแลได้ โดยได้มีผู้กล่าวถึงความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไว้ดังนี้

Schumacher et al. (2007) ให้ความหมายของความสัมพันธภาพต่างเกื้อกูลว่า คือการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ที่จะทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม ไว้วางใจ และความพึงพอใจซึ่งกันและกัน

วิไลพร ศรีธเรศ (2546) ให้ความหมายของความสัมพันธภาพต่างเกื้อกูลว่า คือการรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล ซึ่งผลของ

สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิด ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจกัน มีความเมตตาและเป็นมิตรต่อกัน มีความพึงพอใจ และเห็นถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน

กล่าวโดยสรุป ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล คือ ความมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รักใคร่ผูกพันกัน รวมทั้งให้การยอมรับเชื่อถือ และเห็นถึงคุณค่าของกันละกัน

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล พบว่า Archbold et al. (1990) ได้อธิบายไว้ว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล คือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล โดยเป็นสัมพันธภาพทางบวกที่พัฒนาขึ้นระหว่างที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลเกิดจากความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความเชื่อถือไว้วางใจกัน และความพึงพอใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดเป็นประโยชน์ขึ้นทั้งสองฝ่ายโดยเฉพาะกับตัวผู้ดูแล ซึ่งการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันนี้ จะทำให้เกิดความเคารพนับถือ และให้การยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ให้การดูแลเกิดความรู้สึกดีกับผู้ที่ได้รับการดูแล โดยพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันนี้ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของสัมพันธภาพที่ดีในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย ความรักและความเมตตา ความสบายใจในการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการเห็นถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน

แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลประกอบด้วย 4 ระยะ Phillips and Rempusheski (1986 อ้างถึงใน เฟื่องใจ ตรี ไพรวงศ์, 2540) ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล เป็นระยะที่ผู้ที่เข้ารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลรับรู้ถึง ลักษณะของผู้ที่ได้รับการดูแลและรับรู้เกี่ยวกับการดูแล
2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแล เป็นมาตรฐานค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างการดูแลกับผู้ได้รับการดูแลดี จะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่า เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือ ป้อนกัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ที่ได้รับการดูแล
3. การปฏิบัติการดูแล เป็นระยะที่มีการแสดงบทบาทการดูแล ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการดูแลดี จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดี แต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลไม่ดี จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี
4. การประเมินผล คือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นถึงกลไกการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

Friedman (1996) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความสัมพันธ์ ไว้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่เสริมกัน เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมที่ตรงข้ามกัน โดยเมื่อบุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมเป็นผู้นำ อีกบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ตาม บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกัน สัมพันธภาพนี้จะเกิดผลบวกเมื่อบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้รับ แต่มีข้อเสียคือ อาจทำให้เพิ่มความเคร่งครัด มีระเบียบ และความเข้มงวดมาก ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสม

2. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่สมดุลกัน เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากสมดุลระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร พฤติกรรมและร่วมกันในการตัดสินใจ ความสัมพันธ์แบบนี้ทำให้เกิดการยอมรับนับถือ เกิดอิสระในการตัดสินใจ แต่อาจเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องพยายามเพิ่มความใกล้ชิดและความรักใคร่ให้แก่กันและกัน

พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล และพยายามเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการการดูแล (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความพร้อมในการดูแลมากยิ่งขึ้น ซึ่งในบางครอบครัว เมื่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเข้ารับภาระในการเป็นผู้ดูแล ทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยแต่เพียงลำพัง ขาดความสนใจและใส่ใจจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (สิริชชา จิราภักดิ์ และ รัชนิ นามจันทร์, 2553) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยแย่ลง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่พร้อมในการดูแลได้ แต่มีการศึกษาพบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระในการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงลำพังเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเชื่อว่าเป็นภาระของผู้ดูแลหลักเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยก็ยังได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากผู้ดูแล เนื่องจากยังมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (จินทนา ชาญประ โคน และคณะ, 2551) ซึ่งแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงความพร้อมในการดูแลได้ดี ซึ่งจากการศึกษาของ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .284, p = .002$) และจากการศึกษาของ กรรณิกา คงหอม (2546) พบว่าสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .333, p < .05$) ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแล และการปรับตัวที่ดีเยี่ยมจะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความพร้อมในการดูแลที่ดีตามมา ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรหนึ่งเพื่อศึกษาว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่

การประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสำคัญและส่งผลถึงการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา การประเมิน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีดังนี้

การศึกษาของ Stewart and Archbold (1986, 1994) ได้พัฒนาแบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึก และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ในช่วงเวลาระหว่างให้การดูแล โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ มีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.92 และวิราพรธน์ วิโรจน์รัตน์ (2545) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 80 ราย มีการรายงานค่าความเที่ยง = 0.94 ต่อมา วิไลพร ศรีธเรศ (2546) ได้นำแบบวัดของ วิราพรธน์ วิโรจน์รัตน์ มาดัดแปลง และได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

จากการศึกษาของ Walker and Tompson (1993) ซึ่งพัฒนาแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ใช้วัดความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยประเมินเกี่ยวกับ การแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ มีการรายงานค่าความเที่ยง โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง = 0.91-0.97 และเพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำไปหาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.90 โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scal) มี 6 ระดับ ซึ่งต่อมาประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้นำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของเพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) มาดัดแปลงและนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การศึกษาของ กรรณิกา คงหอม (2546) ได้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยดัดแปลงแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยของ เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) โดยดัดแปลงและปรับมาตราส่วนประมาณค่าจาก 6 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวกในการวิเคราะห์คำตอบและปรับภาษา และข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้มีความชัดเจน และนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัณ (2547) ได้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ Sullivan (1993) ซึ่งได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยมีการประเมินถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม การให้และรับ รวมถึงการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และความเข้าใจระหว่างกันของผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน

20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

สำหรับการประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ วิลพร ศรีเรศ (2546) เนื่องจากมีความครอบคลุมในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีการแปลผลที่ชัดเจน และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดผู้ป่วยมักจะมีอาการพิการทางกายหลงเหลือ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหันโดยไม่มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความวิตกกังวล และเครียดในบทบาทที่ได้รับ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต้องมีการดูแลต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดเป็นความเครียดทับถมขึ้น หากผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดีจะสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกความพร้อมในการเข้าไปดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีตั้งแต่แรกเริ่ม จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล มีระดับความตึงเครียดในบทบาทลดน้อยลง (Archbold et al., 1990, 1995; Bakas et al., 2002) และยังเพิ่มความรู้ถึงความพร้อมในการดูแลที่มากขึ้น ในการกลับไปดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Marcella, 2009; Shyu et al., 2008) อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมักรู้สึกถึงความไม่พร้อมเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลจากโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรก ๆ จนถึงวันจำหน่าย (อุมา จันทวิเศษ, 2552) ซึ่งได้พบว่าในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการดูแลเพียงเล็กน้อย (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546) ซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ (สิรัชชา จิราภักดิ์ และคณะ, 2553; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2552; Kerr & Smith, 2001; O' Connell et al., 2003) และยังพบว่าในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลมักเกิดอาการลำบาก และความตึงเครียดในการดูแลสูง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมและไม่มั่นใจในการดูแลเป็นอย่างมาก (King & Semik, 2006; Schulz & Beach, 1999) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นจำนวนน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพ ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแล ให้มีการดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อนำผลที่ได้ไปจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลให้มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป