

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของประชากร เป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาท ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในสถานบริการ ชนิดผู้ป่วย ในปี พ.ศ.2547 ทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) มีจำนวนถึง 94,567 คน คิดเป็น 169.94 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2549) สาเหตุสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ ซึ่งจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมองมักพบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ขึ้นไป (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรสูงอายุ จำนวน 10.8 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) นอกจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้เพิ่มมากขึ้นแล้ว อัตราการอยู่รอดยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลในปัจจุบันที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนพ้นระยะวิกฤติ และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น แม้จะไม่อาจแก้ไขความพิการของโรคได้ สำหรับในโรงพยาบาล กบินทร์บุรี อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัด ปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2548 มีจำนวน 127 คน (ฝ่ายทะเบียน และสถิติ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัด ปราจีนบุรี, 2549)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตรอด มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ และดูแลจากผู้ดูแล (Galameau, 1993) ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤติเท่านั้น เมื่ออาการผ่านพ้นเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่มีการฟื้นฟูสภาพจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัด

รัฐบาล มีนโยบายเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วย จึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้นลง (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Bull, 1990)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล (Clark & Standard, 1996; Davis, 1992 a) ซึ่งความยากลำบากดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา หรือ เรียกว่า ความเป็นภาระ (Burden) (Bull, 1990; Poulshock & Demling, 1984) โดยความเป็นภาระของผู้ดูแลแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นความยากลำบากที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระลดลงจากการถูกจำกัดเกี่ยวกับการพบปะบุคคลในสังคม และภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

การศึกษความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ชุ่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องรับรู้ความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พุดให้กำลังใจ และปลอบใจ ดูแลการจัดการเดินทางในการนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด (จินตนา สมนึก, 2540; เพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540) ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแล หรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีผลทางอ้อมต่อผู้ป่วย คือ เมื่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า และมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในที่สุด (Poulshock & Demling, 1984; Bull, 1990)

ความเป็นภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความบกพร่องทางร่างกาย สมรรถภาพในการทำหน้าที่ สัมพันธภาพ และการพึ่งพาของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล (Browning & Schwirian, 1994; Bull, 1990; เพ็องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; เพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540; จินตนา สมนึก, 2540)

ผลการวิจัยความเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ตามลำดับ นอกจากนั้นยังต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความต้องการเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ ต้องการความหวังใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ รongลงมาได้แก่ ความ

ต้องการคนคอยให้กำลังใจ ต้องการคนที่สามารถพูดคุยปัญหาได้ นอกจากนั้นยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องไปทำต่อที่บ้าน บางรายต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลมาเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละครั้ง หากมีปัญหอะไรจะได้ปรึกษา(จินตนา สมนึก, ช่อถัดดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2542) จากการศึกษา ของแอนเดอตัน ลินโต และ สตีวอร์ท-วิน (Anderson, Linto & Stewart-Wynne, 1995) พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต เนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านอารมณ์

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยซึ่งสัมภาษณ์ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 8 คน พบว่า ผู้ดูแลมักพูดเสมอว่า “อยากให้หมอไปเยี่ยมคนไข้ที่บ้านบ้าง อยู่ที่โรงพยาบาลเวลามีปัญหาที่เรียกหมอได้” “ถ้าพาคคนไข้กลับบ้านแล้ว เวลามีปัญหาเกิดขึ้น จะทำยังไงดี” “บ้านที่อยู่ไกลเดินทางมาลำบาก รถก็ไม่ค่อยอยากไปเยี่ยมที่บ้าน จะได้ช่วยกันแก้ปัญหา”

ภาระการดูแลเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควบคุมไม่ได้ การลดความเป็นภาระของผู้ดูแล การตอบสนองความต้องการ และการเสริมสมรรถภาพผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยให้สามารถแก้ปัญหา และจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูล (พรชัย จุลเมตต์, 2540) การสอนและฝึกทักษะ (จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญา โย, 2540) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) แต่การวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในด้านการส่งเสริม ความรู้ และทักษะ โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และตนเองได้ เพื่อลดความเป็นภาระของผู้ดูแลยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยมาก่อน ซึ่งการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีหนึ่งเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะ เจตคติ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ผลของ โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งจะเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล และช่วยลดความเป็นภาระแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยครั้งนี้ได้ดัดแปลงแนวคิด โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ (The Quality – Caring Model) ของ ดัฟฟี และฮอสกินส์ (Duffy & Hoskins, 2003) มาพัฒนาเป็น โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลประกอบด้วย การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์ และ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแล ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น รู้สึกถึงการได้รับการดูแล ลดความวิตกกังวลลง

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลครอบครัว และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาดังนี้

1. เปรียบเทียบความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล
2. เปรียบเทียบความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล และภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองลดลง ภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล
2. ความเป็นภาระเชิงประนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ความเป็นภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลประสานงานในการดูแลผู้ป่วยกับศูนย์สุขภาพชุมชน วางแผนและแก้ไขปัญหาการดูแลร่วมกันกับครอบครัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นความต้องการในการรับบริการการดูแล เพื่อลดความเป็นภาระ

2. เป็นแนวทางสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยนำไปจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการวิจัย บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปศึกษาผลระยะยาว และอาจนำไปประยุกต์ทดลองใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล ต่อความเป็นภาระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงนาราง อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2549 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาล ได้จัดขึ้นให้แก่ผู้ดูแล โดยประยุกต์ใช้แนวคิด โมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ ของดัฟฟี และฮอสกินส์ (Duffy & Hoskins, 2003) ซึ่งมี สามองค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพ 2) กระบวนการ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของการดูแลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับพยาบาล รวมทั้งความร่วมมือจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ 3) ผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย ผลลัพธ์ต่อพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว และระบบการดูแลสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นองค์ประกอบด้านกระบวนการในโมเดลของการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอิสระระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลประกอบไปด้วย

1. การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ประกอบไปด้วยการนำความรู้ที่ได้จากแผนการสอนและคำแนะนำจากผู้วิจัย ไปสังเกตภาวะทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแล

2. การให้ความรู้ ประกอบไปด้วย การสอน การสาธิต โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย

3. การฝึกทักษะ ประกอบไปด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และแก้ไขความผิดปกติที่พบได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม

4. การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนและส่งเสริมความเชื่อในการแก้ปัญหาที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลและพยาบาลความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้ความรู้และการสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแล โดยพยาบาลประจำการหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงนาราง อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

**ความเป็นภาระของผู้ดูแล** หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความเป็นภาระของผู้ดูแลเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลโดยตรง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ 2) ความเป็นภาระของผู้ดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการรับรู้ ทศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งวัดความเป็นภาระของผู้ดูแลสามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์ความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถ ของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985)

**ผู้ดูแล** หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือ ญาติที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่ประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย สามสัปดาห์

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง และต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับที่สามถึงระดับที่หก ตามแบบประเมินดัชนีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแคทซ์ (Katz Index of ADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffee, 1963)