

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำเสนอเป็นหัวข้อใหญ่สรุปได้ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการ
4. มโนทัศน์ความต้องการตามแนวคิดของทฤษฎีโอเร็ม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) หมายถึง ความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน และมีอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง (Hackey and Less, 2001, p. 1; Nolan and Naylor, 2003, pp. 296-302; Yamamoto and Magalong, 2003, pp. 283-293) โรคนี้ส่วนมากพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ พบประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งมีส่วนสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral thrombosis) และหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral embolism) (Miller and Woo, 1999, pp. 66-69; Petit, 2001, p. 92)

2. โรคหลอดเลือดสมองจากมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก พบประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Carrozzela and Jauch, 2002, pp. 35 -55; Petit, 2001, p. 92) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

- 2.1 หลอดเลือดสมองแตกมีเลือดออกช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดบริเวณส่วนผิวนอกของสมอง (Surface of the brain) แตกและเลือดไหลเข้าสู่ช่องว่างระหว่างสมองและกะโหลกศีรษะ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการ

แตกของเส้นเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและดำในสมอง (Arteriovenous Malformation [AVM]) (American Stroke Association [ASA], 2003a)

2.2 หลอดเลือดสมองแตกมีเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุ (ASA, 2003a) ทำให้หลอดเลือดในสมองแตกเกิดเลือดออกในสมอง และอาจเข้าสู่โพรงสมอง (Ventricle) ได้ (Miller and Woo, 1999, pp. 66-69; Petit, 2001, p. 102)

พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง จากพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติดังนี้

1. ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด เช่น

1.1 หลอดเลือดแดงแข็งจากไขมันเกาะภายในผนังของหลอดเลือด (Atherosclerosis) พบได้บ่อยและสำคัญที่สุดในโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 หลอดเลือดแดงถูกทำลายจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง (Hypertensive Arteriosclerosis)

1.3 มีการอักเสบของหลอดเลือดแดง (Arteritis)

2. มีก้อนหลุดมาจากที่อื่นมาอุดเส้นเลือดสมอง เช่น ก้อนไขมัน หรือลิ่มเลือด (Emboli) ที่หลุดมาจากหัวใจ

3. เลือดไหลน้อยลง เช่น เลือดหนืดมาจากสาเหตุใดก็ตาม ที่พบบ่อย คือ มีเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติ (Polycythemia) หรือเหนียวจากความดันโลหิตลดลงมาก ทำให้ไม่มีแรงดันพอเพียงสมองบางส่วนจึงขาดเลือดไปเลี้ยง

4. การแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดเลือดคั่งในสมองหรือชั้นเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและชนิดมีเลือดออกในสมอง มีอัตราเสี่ยงการเกิดโรค 3-17 เท่า ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในแต่ละราย (Freitas & Bogouslavsky, 2001, pp. 1-15)

2. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตัน (Thrombotic Stroke) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในเกิดหลอดเลือดตีบได้สูง เนื่องจากโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (Adams et al., 2003) โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงแข็งทั่วร่างกาย ถ้าเป็นหลอดเลือดแดงของสมองจะทำให้เป็นอัมพาตได้ อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและเป็นอัมพาตได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็นทวีคูณ

3. โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจ (Valvular disease) ภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation) และหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post myocardial infarction) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2541, หน้า 61; Hock, 1999, pp. 689-723) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่ดีทำให้เกิดเลือดคั่งและมีลิ่มเลือดจากหัวใจ (Cardiogenic Emboli) ลิ่มเลือดดังกล่าวมีโอกาสที่จะหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ASA, 2003b)

4. โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงคาโรติด เนื่องจากหลอดเลือดแดงคาโรติดอยู่บริเวณคอที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง ถ้ามีการอุดตันจากการเกาะของไขมันจะทำให้เกิดการขาดขวางเลือดไปเลี้ยงสมอง มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ASA, 2003b)

5. ระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการอุดตัน ทำให้มีการขาดขวางเลือดไปเลี้ยงสมอง เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ASA, 2003b)

6. โรคเลือด เช่นมีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Coagulating Factors) ทำให้มีการอุดตันได้ง่ายขึ้น หรือมีความผิดปกติของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือดพบในโรคต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดเข้มข้น (Polycythmia) ภาวะเลือดหนืด (Hyperviscosity Syndrome) เป็นต้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2541, หน้า 61)

7. ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายและอ้วน เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสองอย่างนี้ไปเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (ASA, 2003b)

8. การสูบบุหรี่ อาจทำให้เกิดมีเลือดออกในสมองได้ เพราะนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ออกฤทธิ์ทำให้หัวใจกับหลอดเลือดหดตัว มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เส้นเลือดแดงในสมองแตก นอกจากนี้อาจทำให้เกิดสมองขาดเลือด เพราะการสูบบุหรี่มีผลให้เส้นเลือดแดงคาโรติดแข็ง มีการเพิ่มระดับไฟบริโนเจน (Fibrinogen) และการเกาะของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น ค่าความ

เข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้ลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง (Freitas and Bogouslavsky, 2001, pp. 1-15)

9. การตีบสุราอย่างหนัก เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเลือดออกในสมองได้ (Hankey and Less, 2001, p. 5) เนื่องจากการตีบสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง อาจเกิดจากแอลกอฮอล์ไปลดระดับไลโปโปรตีน (Lipoprotein) นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราส่วนของพรอสตาแกลนดิน/ทรอมโบแซน (Prostaglandin/thromboxane) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Berger et al., 1999, pp. 1557-1564 as cited in Freitas and Bogouslavsky, 2001, pp. 1-15)

10. การให้ยาเสพติด โดยเฉพาะการให้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด (ASA, 2003b)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาวะเครียด เศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยจากสมาชิกในครอบครัว (Familial Factor) เป็นต้น

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักพบการพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาท อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองส่วนนั้น ๆ ซึ่งเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง (Brott and Bogouslavsky, 2000) ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันมีความยากลำบากมากขึ้น เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา ทำให้แขนข้างที่อ่อนแรงเกิดการบวม (Birchenall and Streight, 1993, p. 295) ผู้ป่วยรู้สึกแขนขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็งโดยนิ้วมือกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก ทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากขึ้น และถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บจะยิ่งทำให้เกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น การเคลื่อนไหวของข้อไหล่หรือ ข้อสะโพก อาการปวดไหล่ การหดสั้นของกล้ามเนื้อ การยึดติดของข้อ แผลกดทับ เป็นต้น (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545, หน้า 69-70; สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์, 2543, หน้า 17) โดยปัญหาของข้อไหล่เป็นปัญหาแทรกซ้อนที่พบได้มากและเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบไหล่และสะบัก ทำให้ความมั่นคงของข้อไหล่ลดลง เกิดความผิดปกติของแนวการวางตัวของข้อและมี

การเคลื่อนไหวของข้อจากตำแหน่งเดิม ปัญหาของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อาจพบได้มากถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่การทำงานของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และสะบักสูญเสียไปอย่างสมบูรณ์หรือลดน้อยลงอย่างชัดเจน โดยอาจตรวจพบได้ภายใน 3 สัปดาห์แรก หลังจากผู้ป่วยมีภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง (น้อมจิตต์ นवलเนตร์, 2545, หน้า 69-70)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและสื่อความหมาย สามารถพบได้หนึ่งในสี่ของผู้ป่วย (NINDS, 2005) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะไม่สามารถพูดสื่อความหมาย ออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (Expressive or Motor Aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น แก้ม มีความผิดปกติ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) หรือผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (Sensory Aphasia) ทำให้ผู้ป่วยอาจจะพูดจาเรื่อยเปื่อยเหลวไหลหรือคิดประดิษฐ์คำพูดขึ้นเอง เนื่องจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิคเก (Wernicke's area) (Testani-Dufour and Morrison, 1997, pp. 213-223) หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาทั้งการพูดลำบากและมีปัญหาการรับรู้และความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) (NINDS, 2005)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน อาหารมักจะตกค้างในกระพุ้งแก้มที่อ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิทมีอาหารไหลออกจากปาก (Jacobson et al., 2000, pp. 255-264) เนื่องจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อช่องปาก ลิ้นไม่สามารถดูดอาหาร คอหอย เพดาน และ/หรือหลอดอาหารอ่อนแรง การตอบสนองการขย้อน (Gag Reflex) ลดลง (Jacobson et al., 2000, p. 255-264; Westergren, Ohlsson and Hallberg, 2001, pp. 416-426) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลักอาหาร และภาวะทุพโภชนาการ (Jacobson et al, 2000, pp. 255-264; Mylotte, Goodnough and Gould, 2005, pp. 755-761.; Westergren et al., 2001, pp. 416-426)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก อาจมีการสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อนความเย็น ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกชา หรือรู้สึกเจ็บเหมือนถูกเข็มแทงข้างที่อ่อนแรง (NINDS, 2005) ผู้ป่วยบางรายมีการรับรู้สมดุลของร่างกายผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลของความสมดุลจากร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ จึงทำให้กัวล้มล้ม จนทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดปัญหาการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยบางรายมีการรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดปกติไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน และมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีผลทำให้ผู้ป่วย

ตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้มีการรับรู้ทางสายตา ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ลานสายตาตัดครึ่ง โดยเสียข้างเดียวกันทั้งสองตา หรืออาจเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็นชัดเจนหรือกระระยะไม่ถูกทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและเป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วย

1.5 ความผิดปกติด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจระยะสั้นหรือมีความจำสั้น (NINDS, 2005) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกขวา บางรายจะไม่สนใจความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น ปฏิเสธด้านซ้ายที่เป็นอัมพาต ละเลยสิ่งแวดล้อมที่อยู่ด้านซ้ายของตนเอง (Neglect) (Hinkle, 2002, pp. 191-197) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหรือเรียนรู้การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจคำสั่งดีและไม่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (เจียมจิตแสงสุวรรณ, 2541, หน้า 20)

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หรือจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย (เจียมจิตแสงสุวรรณ, 2544, หน้า 20; Smith, 2002, pp. 91-98.)

1.7 การขยายตัวของปอดลดลง มักพบในผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกายคงที่ สามารถเปลี่ยนท่านั่งและยืนได้แล้ว ปัญหานี้จะลดลง (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545, หน้า 71)

2. ด้านจิตสังคม

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งฟาโลโว (Falvo, 1991 อ้างอิงใน จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544, หน้า 35-38) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากถูกคุกคามต่อบทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วย ได้แก่

- 1) คุกคามต่อความผาสุกของชีวิตและร่างกาย
- 2) ความสุขสบายและความครบถ้วนของร่างกาย
- 3) จากโรคเรื้อรังและความพิการ
- 4) ความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาผู้อื่นและความเป็นส่วนตัว
- 5) อัตมโนทัศน์และบทบาท
- 6) เป้าหมายในชีวิตและแผนการในอนาคต
- 7) สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน
- 8) ความสามารถในการคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่เคยชิน
- 9) ความผาสุกด้านเศรษฐกิจ

เมื่อเกิดความเครียดขึ้นการตอบสนองของความเครียดจากสิ่งคุกคามเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ

รับรู้ต่อผลกระทบของความเจ็บป่วยและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตสังคม มีดังนี้

2.1 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบบ่อย คือ อาการซึมเศร้า พบได้บ่อยในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การเกิดพยาธิสภาพของโรค การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในแง่ลบ ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากการดูแลของครอบครัว เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544, หน้า 867-873) ทั้งจากธรรมชาติของโรค คือ ความเจ็บป่วยที่ยาวนาน เป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต หรือจากความไม่สุขสบาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกและมีอาการของอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีร่างกายเพียงครึ่งเดียว รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเป็นภาวะของคนอื่น (Lambert, 1987 อ้างอิงใน จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544, หน้า 35-38) นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการเข้าสังคม ทศนคติที่ไม่ดีของคนรอบข้าง การถูกปฏิเสธจากสังคม รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจล้วนทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน จากปัจจัยดังกล่าวทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดลง หรือปรับตัวได้ยาก ผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ขาดความมั่นใจในความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย (Smith, et al., 2004, pp. 235-244.) ไม่สามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลได้ ผู้ป่วยบางรายกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ หรือบางรายแสดงความหดหู่ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่บางครั้งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากความรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในสภาพปัจจุบันของตนเอง อารมณ์ที่แสดงออกที่พบบ่อย คือ บางรายอาจร้องไห้หรือบางทีหัวเราะเสียจนควบคุมไม่อยู่ บางรายอาจสบถคำหยาบซึ่งมักเกิดในรายที่มีปัญหาด้านการพูดและภาษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านี้ได้ (มูลเลอร์ เดฟ, 2535, หน้า 7) และผู้ป่วยบางรายคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ในกรณีที่ปรับตัวไม่ได้ จะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่พบบ่อย เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล โมหะ โกรธ เศร้า และรู้สึกสูญเสีย (NINDS, 2005)

2.2 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวจากสังคม และเกิดความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Tilden, 1987, pp. 613-619) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและสัมพันธภาพในครอบครัวและทางสังคมด้วย มีผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิถีดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม การเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่น ความพิการที่

ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการพักผ่อนเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะเครียด ตลอดจนสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544, หน้า 35-38) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละรายขึ้นอยู่กับอายุ เพศ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการงานของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนจากหัวหน้าครอบครัวซึ่งเคยหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัวกลายเป็นบุคคลในครอบครัวหาเลี้ยงแทน ผู้ป่วยหมดความเชื่อมั่นในตนเอง และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ หรือสมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีไม่ดีต่อผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว เช่น กรณีที่สามีป่วยภรรยาต้องทำงานนอกบ้านแทนสามี กรณีที่ภรรยาป่วยสามีต้องช่วยทำงานบ้านแทนภรรยา บุตรต้องหยุดเรียนเพราะครอบครัวประสบปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น (Garrett, 1997, pp. 105-119) และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่อยากจะพาผู้ป่วยออกสังคม และผู้ป่วยอาจรู้สึกอายนางที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังจึงไม่อยากจะเข้าสังคม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านสังคม อื่น ๆ ต่อผู้ป่วย เช่น ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการสร้างฐานะ หรือสร้างครอบครัวในวัยผู้ใหญ่ เป้าหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ มีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารในรายที่มีความผิดปกติของการได้ยิน การพูด (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544, หน้า 35-38)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมาย มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539, หน้า 84-93) ได้ให้ความหมายผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ มีผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ ซึ่งมุ่งเฉพาะให้การช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล

วูด (Wood, 1991, pp. 195-198) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ บุคคลซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย โดยการแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยสนับสนุน หรือการช่วยเหลือบุคคลหรือกลุ่มคนให้มีความชัดเจนและการปรับปรุงวิถีชีวิตให้ดีขึ้น

เดวิส (Davis, 1992, p 1-9.) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือด เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, pp. 201 อ้างอิงใน จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 147-157) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแลปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลและเวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของ ร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยแต่งตัว ป้อน อาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมยาให้ รับประทาน เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น 2) ผู้ดูแล รอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้าน อื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองาน สังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักใน การดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า

จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในประเทศและต่างประเทศ (จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 147-157; จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญา, 2540, หน้า 58-59; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548, หน้า 63; ศรีสุดา งามขำ, 2548, หน้า 49; สุตศิริ หิรัญชุนหะ, 2541, หน้า 128; Bakas et al., 2002, pp. 242-251; Dewey et al., 2002, pp.1028-1033) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ลักษณะโดยทั่วไป ดังนี้

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-60 ปี สถานภาพสมรสโสด หรือ แต่งงานมีบุตรแล้ว เป็นแม่บ้าน หรือประกอบอาชีพนอกบ้าน
2. มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย
3. มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล
4. เป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง มากกว่าผู้อื่น และอาจมีบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง หรือให้การดูแล ผู้ป่วย แทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

สรุป ผู้ดูแล หมายถึง บิดา หรือมารดา หรือสามี หรือภรรยา หรือบุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดบุคคล ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรง หรือให้การ

ช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือบุคคลต้องการพึ่งพาคนอื่น โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการส่งเสริมจากทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยในการดูแลผู้ป่วย จนผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดการยอมรับ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากสภาพการเจ็บป่วยเร็วขึ้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น (สมหมาย หิรัญนุช, 2541, หน้า 16-22) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล มีดังนี้

1. บทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษา (Davis, 1992, pp. 1-9) ดังเช่น คราช และ บรู๊ค (Krach and Brooks, 1993, pp. 41-49) ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก จำนวน 760 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามความรับผิดชอบของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ พบว่า หน้าที่รับผิดชอบของผู้ดูแลสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 83) รองลงมา คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ร้อยละ 62) ซึ่งการดูแลกิจวัตรประจำวันได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารและน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน เป้าหมายสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอ กลืนง่ายไม่สำลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วย อุปกรณ์ในการรับประทาน อาหารควรวางไว้หน้าผู้ป่วยและอยู่ในลานสายตาที่สามารถมองเห็นได้ ควรจัดทำศีรษะสูง และให้ป้อนอาหารเข้าทางปากที่ไม่มีพยาธิสภาพ ให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานโดยไม่เร่งรีบ ตรวจดูเศษอาหารที่หลงเหลือในปาก และทำความสะอาดในช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร (เพลินดา ศิริปการ, 2544, หน้า 141-149)

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหาร ต้องใส่สายยางให้อาหาร ควรตรวจตำแหน่งของสายยางให้อาหารในตำแหน่งที่ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้อาหาร ไม่ควรให้อาหารในปริมาณมากเกินไป รวมทั้งอาหารที่ให้ไม่ควรเย็นเกินไป (เพลินดา ศิริปการ, 2544, หน้า 141-149) นอกจากนี้ผู้ดูแลควรคำนึงถึงคุณค่าของอาหาร คือ มีสารอาหารครบทุกหมู่ และอัตราส่วนของสารอาหารจะ ต้องเหมาะสม ได้แก่ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ความเข้มข้นของอาหารต้องพอเหมาะ ความสะอาดของอาหาร รวมทั้งการเก็บรักษาอาหารจะต้องสะอาด ปลอดภัยจากเชื้อโรค และรักษาคุณค่าของอาหาร (Kumlien and Axelsson, 2002, pp. 498-509)

1.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผม หนังกีรษะ ความสะอาดในช่องปาก การทำความสะอาดผิวหนัง เล็บมือเล็บเท้า การใส่เสื้อผ้า ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองพอได้ ผู้ดูแลจะต้องสนับสนุน ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่งในด้านกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือเฉพาะในกิจกรรมส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ รวมทั้งจัดหาเสื้อผ้าที่หลวมให้ผู้ป่วยสามารถใส่และถอดเองได้สะดวก (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544, หน้า 101-141)

1.3 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การฝึกขับถ่ายอุจจาระต้องยึดถือตามเวลาปกติของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรดูแลไม่ให้ผู้ป่วยท้องผูก โดยกระตุ้นให้ถ่ายทุกวัน ให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยขับถ่าย ตลอดจนให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถนั่งได้ ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกขับถ่ายอุจจาระในท่านั่ง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ดีขึ้น การให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบนเตียงบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตนเองและเกิดความถดถอยมากขึ้น ซึ่งจะขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสภาพต่อไป (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 64)

ส่วนการดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ กรณีที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ต้องระบายนปัสสาวะให้ไหลตลอดเวลา ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักงอ กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ควรให้ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว เพื่อให้มีปัสสาวะออกเป็นการชำระล้างเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ให้ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ และการมีปัสสาวะไหลออกมากจะช่วยป้องกันเชื้อโรคจากถุงรองปัสสาวะไม่ให้เคลื่อนย้อนขึ้นไปที่กระเพาะปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ดูแลสายสวนปัสสาวะที่ต่อลงถุงรองรับปัสสาวะเป็นระบบปิดตลอดตลอดเวลา จะเปิดถุงต่อเมื่อต้องการเทปัสสาวะ โดยผู้ดูแลควรล้างมือให้สะอาดก่อนเทปัสสาวะทุกครั้ง และต้องดูแลให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยเสมอ (ประพิศ จันทรพิทุษา, 2543, หน้า 583-640) กรณีผู้ป่วยปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือรองปัสสาวะไม่ทัน จะทำให้เกิดการชื้นแฉะ เป็นสาเหตุให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ ผู้ดูแลควรดูแลคอยเปลี่ยนผ้าและควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย (เดียนน้อย ไบคำ, 2542, หน้า 52)

1.4 การนอนหลับ ผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับสบาย โดยลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนผู้ป่วย เช่น ลดเสียงรบกวนและแสงสว่างในช่วงเวลากลางคืน ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตื่นในช่วงเวลากลางวันและสามารถนอนหลับ

ได้ในเวลากลางคืน ขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดก่อนนอน และแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ช่วยให้หลับสบาย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541, หน้า 70)

2. บทบาทด้านการประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Hupcey, 1999, pp. 253-263) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น (จินนระรัตน์ ศรีภักทธิฎ, 2540, หน้า 66) ดังเช่นการศึกษาของไลทิเนน (Laitinen, 1993, pp. 1233-1237) ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลให้การสนับสนุนด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละวันโดยผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจยอมรับ รับผิดชอบ ไม่แสดงอารมณ์โกรธและเบียดเบียน ทั้งคำพูด และกิริยาท่าทาง โดยผู้ดูแลควรเข้าใจว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากสมองถูกทำลาย ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นตามเวลา นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือปฏิเสธสิ่งที่เขาจะได้รับด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการวางสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวเพื่อความสะดวกในการหยิบใช้ หรือให้ผู้ป่วยได้เลือกอาหารตามที่ชอบ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวทุกคนควรพยายามให้ความร่วมมือ และให้ความช่วยเหลือกันในการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

3. บทบาทด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว มักมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายลดลง ทำให้ต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Folden, 1993, pp. 162-167) ดังนั้นผู้ดูแลในฐานะที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดเมื่อพักรักษาตัวที่บ้าน จึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด (สุดศิริ ธีรวิฑูรณะ, 2541, หน้า 59) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กับผู้ป่วย ได้แก่

3.1 การจัดทำ การจัดทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก เนื่องจากการจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องจะช่วยยึดกล้ามเนื้อเป็นการลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และช่วยกระตุ้นให้มีการรักษาความสมดุลของร่างกาย วิธีการจัดทำ ได้แก่ การจัดทำ นอนหงาย การจัดทำนอนตะแคงทับด้านอัมพาต การจัดทำนอนตะแคงทับด้านปกติ การจัดทำนั่ง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547, หน้า 20)

3.2 การฝึกให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วควรได้รับการกระตุ้น ให้คำแนะนำหรือสอนการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ หรืออาจ

ได้รับความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย เครื่องใช้และวิธีการจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อ และการทรงตัวของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วย รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต ผู้ดูแลจึงควร สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (อัจจรา หล่อวิจิตร, 2544, หน้า 101-141)

3.3 การเคลื่อนไหวข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ มีประโยชน์ช่วยคงการ เคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ เป็นการป้องกันภาวะเอ็นหัดสั้นและข้อติด ช่วยยับยั้งการเกิดการแข็ง เกร็งของกล้ามเนื้อ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่มากกว่าปกติ (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545, หน้า 19-21) รวมทั้งช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นการเตรียมความพร้อม ของร่างกายผู้ป่วยก่อนที่จะให้ผู้ป่วยหัดเดินโดยเฉพาะต้องอาศัยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตะโพกต้นขา และปลายขา (เน่งน้อย รัตนชาติ, 2535, หน้า 155; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2546, หน้า 27)

4. บทบาทด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วย เสียชีวิตและทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้ช้า จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก ที่สุด คือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การปวดของข้อและเนื้อเยื่อ การเกิดข้อติดแข็ง (พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล, 2543, หน้า 181-191; Roth et al., 2001, pp. 523-529) ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

4.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ โดยเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง ตรวจดูผิวหนังบริเวณที่กดทับทุกครั้งที่ยื่นท่า หลีกเลี่ยงการจัดท่าที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เลือด ไหลกลับไม่สะดวก ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้แห้งอยู่เสมอ ดูแลให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึงและแห้งสะอาด รวมทั้งต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ

4.2 การดูแลทางเดินหายใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการกลืน ร้อยละ 40 จะมีการสำลักและเกิดการติดเชื้อที่ปอด หรือปอดอักเสบ ร้อยละ 19 ขณะที่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาในการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดเพียงร้อยละ 8 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนนาน ๆ ทำให้การขยายตัวของ ปอดลดลง (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545, หน้า 71) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มี

ประสิทธิภาพการไหลลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้ อาจทำให้เสมหะคั่งค้างในคอ หลอดลมหรือในปอด ทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจไม่สะดวก หรือเกิดการสำลักน้ำลาย เสมหะเข้าในหลอดลม ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ดูแลควรมีวิธีการดูแล คือ ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นการไอเพื่อขับเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ให้ดูอย่างแดงดูเสมหะในปาก จมูก และลำคออย่างนุ่มนวล หรือใช้การกระตุ้นการไอจากภายนอก (Tracheal Tickling) โดยการวางนิ้วมือใต้ปุ่มกระดูกหน้าอก (Sternal Notch) และใช้นิ้วมือคลึงเบา ๆ บริเวณหลอดลม จะช่วยกระตุ้นการไอและขับเสมหะออกมา (Tacklin, 1994, pp. 260-261) ตลอดจนพยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พยุงนั่ง พยุงเดิน พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดการคั่งค้างของน้ำเมือก

4.3 การป้องกันภาวะข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดการติดแข็งของข้อต่าง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว ผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เพื่อคงพิสัยของข้อ (Range of motion [ROM]) โดยการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง (Active Exercise) และการช่วยเหลือจากผู้ดูแล (Passive Exercise) (กิ่งแก้ว ภาจารย์, 2547, หน้า 17)

4.4 การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ดูแลอาหารให้เหมาะสมกับโรค ควบคุมและสังเกตอาการของโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติควรพาลูกกลับมาพบแพทย์

4.5 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุได้ค่อนข้างมาก จากสภาพร่างกายและการรับรู้สิ่งต่าง ๆ บกพร่อง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

จะเห็นว่าผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นนั้น ผู้ดูแลจึงมีความต้องการการพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาพักรักษาตัวต่อที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวทุกคนต่างต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่ยาวนานและซับซ้อน แต่มีข้อดี คือ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว เพราะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีเพื่อนฝูงญาติมิตร มาเยี่ยม มาพูดคุยโดยไม่ต้องมีกฎระเบียบที่ขาดความเป็นส่วนตัวของโรงพยาบาลมาจำกัด ผู้ป่วยรู้สึกมีอิสระ สามารถ

ร่วมตัดสินใจและวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ดูแลอย่างมีความสุข ข้อดีอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านคือช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากโรงพยาบาลลงได้ ดังนั้น ผู้ดูแลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผลกระทบที่เกิดขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33-38) มีดังนี้

1. สุขภาพกาย เมื่อมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ภาระการดูแลต้องตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม บางรายปวดหลังเพราะช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาระการดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลและทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนจะลดน้อยลงเนื่องจากไม่มีเวลาต้องดูแลและอยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้องลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามึนบทบาทมากเกินไป ภาวะเช่นนี้ ผู้ดูแลต้องการเวลา ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม หากปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าภาระที่กำลังเผชิญอยู่เกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ จะทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดีเนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลและรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้เบเดอร์ (Bader, 1985, pp. 39-52) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจะเกิดเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากสังคมไม่เคยมีการเตรียมสมาชิกในครอบครัว สำหรับการปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลไปโดยหน้าที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึง

พยายามที่จะหาความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความต้องการหรือการสนับสนุน ช่วยเหลืออย่างมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาและเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

โดยสรุป เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลืออยู่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตลอดเวลาโดยเฉพาะผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีความต้องการการพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการดูแลได้ตามความต้องการของผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแล การศึกษาถึงความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการบริการด้วย ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นที่ต้องการดูแล การได้รับการเยี่ยมบ้านและที่อยู่ในปัจจุบัน

1. เพศ เพศที่ต่างกันอาจจะมีความเชื่อ เจตคติและค่านิยมที่ต่างกัน คือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ส่วนเพศชายจะเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33-38) มีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ ตลอดจนมีความเห็นต่อการเจ็บป่วยต่างกัน แต่จากการศึกษาของจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, 2000, p. 67) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพิการทางสมองที่บ้าน พบว่า เพศ ไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลได้ เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลอยู่ในบทบาทของการดูแลผู้ป่วยย่อมต้องการความรู้และการสนับสนุนที่ดีที่สุดเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพดีขึ้น (O'Connell, Baker and Prosser, 2003, pp. 21-28)

2. อายุ เนื่องจากประสบการณ์ในอดีต จะส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเองและผู้อื่น ทำให้ความต้องการการพึ่งพาจะต่างกัน เช่น วัยรุ่นจะเผชิญปัญหาเฉพาะหน้าสู้วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่ได้ ทำให้มีการตัดสินใจและทักษะในการจัดการปัญหาไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33-38) แต่จากการศึกษาของ ฮาเลย์ และ เพอร์กินส์ (Haley and Perkins, 2004: 24-30) พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากกลัวการดูแลในระยะยาว เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟรีดแมน, ครอส และเซลท์เซอร์ (Freedman, Krauss and Seltzer, 1997, pp. 114-123) ในมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่มีความผิดปกติด้านสติปัญญา จำนวน

340 คน เป็นมารดาที่มีอายุระหว่าง 58-70 ปี พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลไม่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้

3. สถานภาพสมรส สมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้ว จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่นเพราะต้องสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบอื่น ๆ และความ สัมพันธ์ในครอบครัว หากกรณีคู่สมรสเจ็บป่วย ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลมากกว่า ความเครียดก็จะน้อยกว่าคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพต่อกันไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33-38) ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มสมาชิกที่มีคู่สมรสจะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมากสามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มสมาชิกที่โสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มแรก

4. ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งการศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ (Orem, 1995, p. 229) ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจวิธีการรักษาตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp and Sayles, 1986, pp. 114-123) จากการศึกษาของซิท และคณะ (Sit et al., 2004, pp. 816-824) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 145 คน พบว่า ร้อยละ 77.6 มีการศึกษาระดับต่ำจะมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีการใช้เหตุและผล ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่ากันตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้ดีและหลากหลายต่างกันด้วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33-38)

5. อาชีพและรายได้ของครอบครัว ครอบครัวที่มีอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากมีการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ ความเข้าใจในเหตุและผล และไม่มีโอกาสเลือกรับบริการ ที่มีคุณภาพได้ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 226) นอกจากนี้รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์ที่มีต่อความต้องการการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าบุคคลที่มีรายได้สูง ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้เฉลี่ยน้อยต่ำกว่า 5,000 บาท มี

อาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม ซึ่งไม่ค่อยพอกับการใช้จ่าย ผู้ดูแลต้องดิ้นรนหารายได้เลี้ยงชีพเพราะผู้ดูแลต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างมากผู้ดูแลจึงต้องการแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0350, p > .05$) เช่นเดียวกับอัจฉรา โอบประเสริฐสวัสดิ์ (2531) พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, 2000) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่บ้านได้

7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาานอาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน อาจมีผลให้ ผู้ดูแลเกิดความชำนาญมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแล แต่บางครั้งการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลายาวนานก็ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระตลอดเวลา ไม่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกยากลำบากในการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Haley and Perkins, 2004, pp. 24-30; Schott-Baer, 1993, pp. 230-236) ผู้ดูแลจึงต้องการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แต่การศึกษาของสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, 2000) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน พบว่า ระยะเวลาการดูแลของครอบครัวไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่บ้านได้ ซึ่งแตกต่างจากโอเร็ม (Orem, 1985, pp. 106) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน เช่นเดียวกับการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประภิต (2542) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาดค่อนข้างมาก อาจมีผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้นมีหลายประการ ซึ่งถ้าทีมสุขภาพได้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ว่ามีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล จะทำให้ทีมสุขภาพมีการวางแผนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแล มีผลให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

หน้า
๑๓๘๓
๒๖๖
๐๖

- 7 ต.ค. ๒๕๖๖

๑๑๗๐๑๑๙๕

๓๔๑๓๒๐๖๘



สำนักหอสมุด
สาขาศึกษาศาสตร์สุโขทัย

มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการ

ความต้องการเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติและไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการขั้นที่สูงกว่าจะเกิดขึ้นเสมอ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและได้ให้ความหมายของความต้องการไว้ดังนี้

เมย์ (May, 1993, p. 270) กล่าวว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติและไม่มีที่สิ้นสุด สำหรับความต้องการของผู้ดูแล มีความต้องการ 3 ประการ คือ

1. ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยการพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. ความต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย
3. ความต้องการความเข้าใจในสิ่งที่เกิดจากความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต คู่สมรสมักกลัวว่าจะดูแลคนรักไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด

ฮินด์ส (Hinds, 1985, pp. 918-925) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความไม่ตรงกันระหว่างแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และสิ่งที่เป็นความประสงค์

วิงเกตและเลคกี (Wingate and Leckey, 1989, pp. 216-224) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า คือ แรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

จากความหมายของความต้องการที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนได้ดีที่สุด และเกิดความสุขในชีวิต ผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการได้แบ่งประเภทของความต้องการไว้ดังนี้

ฟรอมม์ (Fromm, 1955 อ้างอิงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) ได้แบ่งความต้องการของบุคคลไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการมีสัมพันธภาพ (Need for relatedness) บุคคลต้องการความมีอิสระและพบกับความเจริญก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยและมีความอ้างว้างเดียวดายเกิดขึ้น จึงต้องแก้ไขโดยการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งอยู่บนรากฐานของความรัก ความสร้างสรรค์ ความเคารพนับถือ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

2. ความต้องการสร้างสรรค์ (Need for transcendence) เนื่องจากบุคคลมีความสามารถทางสติปัญญาและอารมณ์สูง จึงมีความต้องการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมของชีวิตให้ดีขึ้นจากความต้องการนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกรักและรู้สึกเกลียด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างสรรค์

3. ความต้องการมีสังกัด (Need for rootedness) คือ ความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของโลก ของสังคม ของครอบครัว ของสำนักงาน ความต้องการประเภทนี้ที่สำคัญคือการมีมิติที่ติดกับบุคคลทั่วไป

4. ความต้องการมีอัตลักษณ์แห่งตน (Need for identity) คือ ความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง รู้ว่าตนเองคือใคร

5. ความต้องการมีหลักยึดเหนี่ยว (Need for frame of orientation) คือ ความต้องการที่จะมีหลักสำหรับอ้างอิงความถูกต้องในการกระทำของตน ข้ออ้างที่กล่าวนี้อาจสมเหตุหรือไม่ก็ได้

มาสโลว์ (Maslow, 1970, pp. 24-59) กล่าวว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของความ ต้องการ ความต้องการในระดับต่ำต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไปได้และแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการในระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคล ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การพักผ่อนและนอนหลับ รวมทั้งการมีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และการออกกำลังกาย เมื่อความต้องการของบุคคลในขั้นนี้ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว บุคคลจึงจะมีความต้องการในระดับสูงกว่าขั้นนี้ต่อไป

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) มนุษย์ทุกคนต้องการมีหลักประกัน มีความมั่นคง เพื่อให้สามารถปกป้องตนเองได้ ความต้องการในขั้นนี้เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย เป็นต้น ได้รับข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ที่ไม่รู้ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นต้น ถ้าความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะมีปัญหามากมาย เช่น ความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งมักมีอิทธิพลมาจากสภาวะแวดล้อม และความเจ็บป่วยของตนเองและบุคคลในครอบครัว

3. ความต้องการเป็นเจ้าของและความรัก (Belongingness and love Needs) เป็นความต้องการเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการอยู่อย่างโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง บุคคลจึงต้องการได้รับการ

ดูแล การมีเพื่อน มีความรัก รวมถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วย กระทำโดยการเข้าร่วมกลุ่ม สมาคม หรือแต่งงาน ความต้องการขั้นนี้ บุคคลต้องการให้ความรักและได้รับความรักด้วย

4. ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem Needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับความยกย่องนับถือจากผู้อื่นและมีความภาคภูมิใจยกย่องตนเอง ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าความต้องการในขั้นนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลรู้สึกมีความหวังน้อย อ่อนแอ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น

5. ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (Self-Actualization Needs) ความต้องการในขั้นนี้บุคคลต้องการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเพื่อให้มีความเข้าใจตนเองและยอมรับตนเองมากขึ้น จึงดำรงชีวิตด้วยความดี ไม่คำนึงถึงผลตอบแทน ซึ่งเป็นการพัฒนาความต้องการ

มโนทัศน์ความต้องการตามแนวคิดของทฤษฎีโอเรียม

ทฤษฎีการพยาบาลโอเรียม (Orem)

โดโรธี อี โอเรียม (Dorothea E Orem) จบการศึกษาพยาบาลชั้นพื้นฐานระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ทางการศึกษาพยาบาล จากมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกาได้ทำงานพยาบาลทั้งใน บทบาทผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร นักการศึกษาและที่ปรึกษาทางการพยาบาล

จากประสบการณ์การทำงานมักจะประสบปัญหาอยู่เสมอคือ พยาบาลไม่สามารถบอก ความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน อธิบายการพยาบาลในลักษณะของ กิจกรรมที่พยาบาลกระทำ การปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดหลักสูตรมีความยากลำบากใน การกำหนดขอบเขตเนื้อหา จึงทำให้โอเรียมมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติ พยาบาลทำอะไรและควรจะทำอะไร ทำไมถึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการกระทำ คืออะไร แล้วก็ได้คำตอบจากการสังเกต ใช้แนวคิดของนักทฤษฎีทางการพยาบาลของ Nightingale, Henderson และ Weilembach และแนวคิดจากศาสตร์สาขาอื่น ๆ ด้านจิตวิทยา สังคมศาสตร์ มนุษยวิทยา มาพัฒนาและได้เสนอกรอบมโนทัศน์การดูแลตนเองในปี 1959 หลังจากการทดลองใช้ วางหลักสูตรการศึกษาพยาบาลและได้ปรับปรุงให้มีความชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มในปี 1971, 1980, 1985 และ 1990 ได้เพิ่มมิติของผู้ดูแลตนเองจากการ ดูแลเพียงบุคคลผู้มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงกลุ่มบุคคลครอบครัว และชุมชน ทั้ง ในภาวะปกติเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบน ได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นทฤษฎีที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีหนึ่ง

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี เนื้อหาสาระสำคัญของแนวคิดทางทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มมีดังนี้ การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคล ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกใน ครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือ ที่เหมาะสมโดยกระทำแทนหรือการทำให้กับผู้ป่วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่ง ช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพ กลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างปกติสุข จากสาระสำคัญดังกล่าวได้สะท้อนมโนทัศน์หลักตามทัศนะของ โอเร็มเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล (Metaparadigm of nursing) ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) รวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง เป็นองค์รวมที่มีศักยภาพในการ กระทำที่กำหนดขึ้นด้วยตนเอง (Self-determined actions) มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (Act deliberately) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบ ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คนมีลักษณะเป็นองค์รวม มีสิทธิและความ รับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต โอเร็มได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับคน (Human being) ไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบ ระเบียบ และจงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตอยู่ รอด และทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล
2. ความสามารถของบุคคล เป็นความสามารถที่จะกระทำอย่างจงใจ มีระเบียบแบบ แผนและมีขั้นตอนในรูปของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น
3. บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและ ผู้อื่นที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ
4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา พัฒนาและถ่ายทอด วิธีการค้นหา ความต้องการ และตอบสนองความต้องการของตนเองและบุคคลอื่น
5. บุคคลที่อยู่ร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ภาพกันอย่างมีโครงสร้างและมีระบบจะแบ่ง งานกันรับผิดชอบ เพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

อย่างไรก็ตามโอเร็มมองเห็นว่าในบางสภาวะหรือบางโอกาสบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแล ตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ในสภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่นโดยเฉพาะพยาบาล

สิ่งแวดล้อม (Environment) มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลตลอดเวลาหรือบางช่วงเวลาคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเคมี และชีวภาพ เช่น บรรยากาศของโลก
2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น ครอบครัว ขนาดความสัมพันธ์

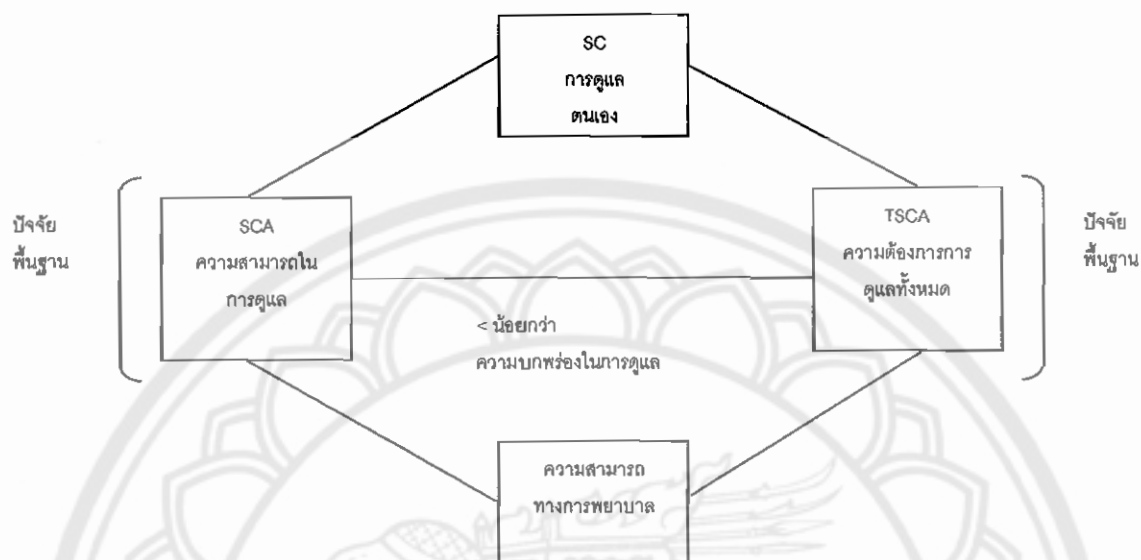
โอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจิตใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่สมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของกายจิตและสังคม อย่างไม่บกพร่องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง การทำหน้าที่ทุกด้านมีความเกี่ยวพันกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และจะต้องดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนี้โอเร็มได้แยกความผาสุก (Well-being) ออกจากสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงความยินดีและความพึงพอใจในภาวะของตนเอง มีลักษณะของความสุขทางจิตวิญญาณ สุขภาพกับความผาสุกมักจะมีความสัมพันธ์กันในบางครั้ง คนที่เจ็บป่วยอาจรับรู้ถึงความผาสุกได้ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความผาสุกต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการที่จะให้บุคคลซึ่งต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดความจำกัดในการดูแลตนเอง จากการศึกษาความต้องการการดูแลตนเองน้อยกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองด้วยศิลปะการพยาบาลและด้วยความรอบคอบโดยนำความรู้ และทักษะด้านเทคนิคปฏิบัติการดูแลทั้งหลายมาใช้ให้สอดคล้องกับบทบาท

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)



ภาพ 1 แสดงโครงการทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรียม

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) ในทุกสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกัน ผู้ใหญ่มักจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเอง ดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ต้องได้รับการช่วยเหลือในส่วนที่ช่วยตนเองไม่ได้ และได้รับการพัฒนาให้ใช้ศักยภาพของตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาชีวิตไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Actuib) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

ในแนวคิดของโอเรียม (Orem, 1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ Goal Oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลทำสามารถจะกระทำดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำเหมาะสมใน

สถานการณ์ นั้น ๆ ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตก่อนว่าสิ่งที่จะต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและผลให้ตามที่ต้องการ

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ การกระทำนั้นต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย เป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-Care demand) หมายถึง ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care requisites) 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล บุคคลทุกคน ทุกวัย จำเป็นจะต้องปรับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการพัฒนา จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น มีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิการ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ

เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการแบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตรความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ในชีวิตและการเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health derivation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียง ของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสม

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิหรือภาวะที่เป็นอยู่ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ ดังนี้

3.6.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

- 1) การคาดการณ์ (Estimate)
- 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional)
- 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation)

ความสามารถทั้ง 3 ประการ จะสะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

3.6.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components)

โอเร็มและเทลเลอร์ (Orem Taylor , 1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการเป็นลักษณะของตัวกลาง เชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์โดยกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ได้แก่

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง

- เพียงพอ
- เคลื่อนไหว
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังทางด้านร่างกายของตนเองให้
 - 3) ความสามารถที่จะควบคุมในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อความ
 - 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
 - 5) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตาม
 - 6) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 7) มีทักษะกระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัด
- กระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 8) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
 - 9) มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3.6.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถที่กระทำอย่างจงใจของบุคคล (Deliberate Action) เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด แบ่งเป็น

- 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing)
- 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ และหน้าที่ประสาธน์ความรู้สึกร (Sensation)

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองมีจำกัด ไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้น บุคคลนั้นจึงต้องการพยาบาล ทฤษฎีได้อธิบายถึงความต้องการของบุคคลและประโยชน์ที่ได้รับจากพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing System) เป็นโครงสร้างและเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลและตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการ การดูแลและจัดระบบดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อม หรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล (Nursing System) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล มีการกระทำร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย

ความแนวคิดของโอเร็ม การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ

1. ระบบสังคม (Social)
2. ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal)
3. ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological System) แล่ง

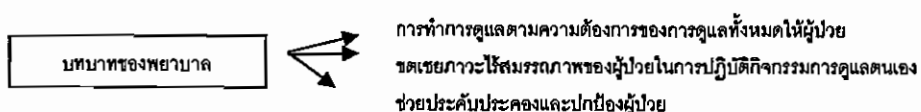
ชนิดของระบบการพยาบาลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด Wholly (Compensatory Nursing System) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เหมาะสมกับบุคคลต่อไปนี้

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ไม่ว่าจะรูปแบบใดทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ

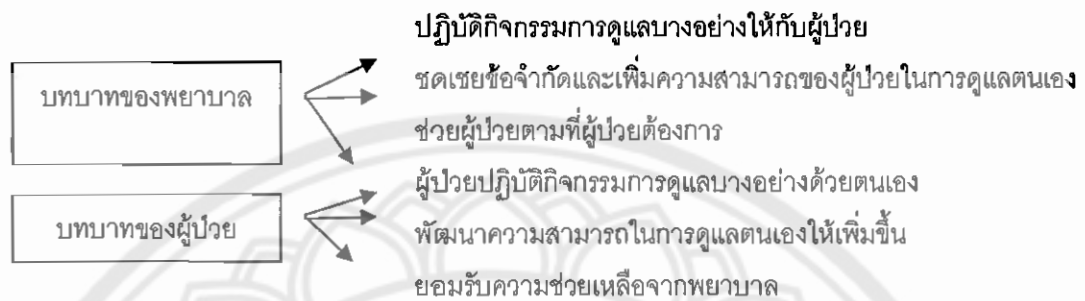
3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรเคลื่อนไหว

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าจะสามารถเคลื่อนไหวไปมาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตอย่างรุนแรง



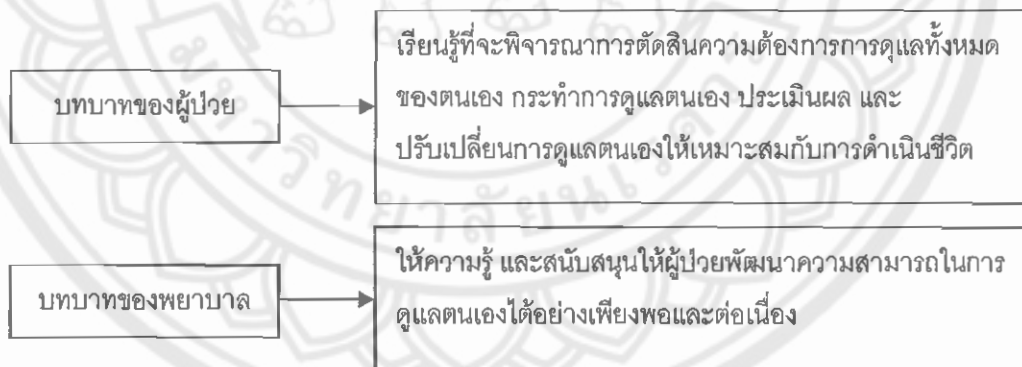
ภาพ 2 แสดงโครงสร้างบทบาทของพยาบาลโดยระบบทดแทนทั้งหมด

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน ระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย



ภาพ 3 แสดงบทบาทของพยาบาลและบทบาทของผู้ป่วยโดยระบบทดแทนบางส่วน

3.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด รวมทั้งกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมครอบครัวและบุคคลที่สำคัญด้วย



ภาพ 4 แสดงบทบาทของผู้ป่วยและพยาบาลโดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้

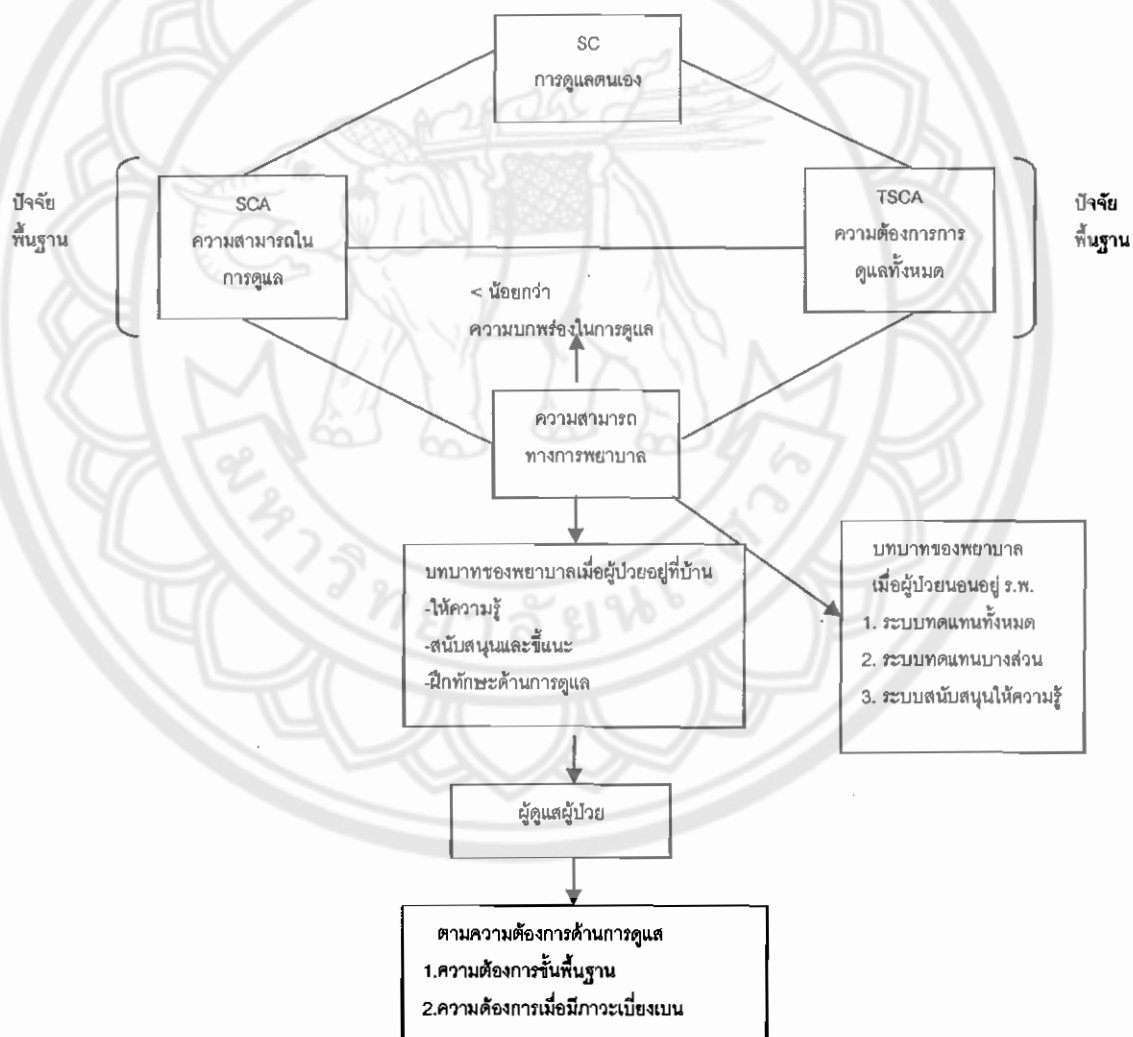
การดูแลทั้ง 3 ระบบจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ
วิธีการช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มี 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding Another)
3. การสนับสนุน (Supporting Another)

4. การสอน (Teaching)

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถจะตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง ในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมด ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ฉะนั้นการที่ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จะได้รับการชี้แนะ สอน ในเรื่องการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตามศักยภาพของผู้ดูแลที่จะทำได้ดัง ภาพ 5



ภาพ 5 แสดงโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องความรู้สึกภายในและได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน กล่าวได้ว่า ความต้องการเป็นผลรวมของปัจจัยต่าง ๆ โดยผ่านจิตใจหรือใจ ซึ่งเป็นกองบัญชาการให้ตัดสินใจและสั่งการออกมา (หลุย จำปาเทศ, 2533, หน้า 12) ความต้องการเกิดขึ้นได้เสมอ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดสมดุล บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตน ชีวิตจึงจะคืนสู่สภาพสมดุลดั้งเดิม เมื่อไรที่บุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียดและไม่เป็นสุข (สุชา จันทน์เอม, 2538, หน้า 67)

วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช (2537, หน้า 33-38) กล่าวว่าจากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการบางประการดังนี้

1. ผู้ดูแลต้องการเวลาที่เป็นของตัวเองบ้างเพื่อจะได้ทำกิจกรรมส่วนตัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม หรือต้องการเวลาเพื่อการผ่อนคลายและเวลาที่ต้องปฏิบัติบทบาทอื่น ๆ ด้วย
2. ต้องการทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อหาวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลย่อมต้องการทราบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้องรวมทั้งความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวไม่ได้ของผู้ป่วย
3. ต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วทันทีที่มีปัญหา เพื่อสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลาในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ถ้าผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือไม่แน่ใจว่ากระทำถูกต้อง
4. ต้องการบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจ เพื่อรับฟังและช่วยปรับอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่ายท้อแท้ให้ดีขึ้นหรือหมดไป โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลายบทบาทและต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานแม้เพียงแค่การรับฟังก็จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายความเครียดไปได้บ้าง นอกจากนี้ต้องการคำแนะนำให้ผู้ดูแลฝึกการอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบันเพื่อทำหน้าที่ให้ดีที่สุดและฝึกการคิดและการมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นเรื่องธรรมดาไม่ได้เลวร้ายไปกว่าผู้อื่น
5. ต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่องในการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะยาว แรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง จากข้อจำกัดของร่างกาย ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 อย่าง มีดังนี้

1. ความต้องการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานเป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย จุดประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 อากาศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้ มักจะไม่มีปัญหาในการหายใจ ทำให้ได้รับอากาศเพียงพอ ยกเว้นในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะนอนบนเตียงนาน ๆ โอกาสเกิดปอดบวมได้ง่าย ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ควรต้องเฝ้าระวังการเกิดปอดบวม (Pneumonia) ฉะนั้นผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะการดูแลการป้องกันไม่ให้เกิดปอดบวม (Pneumonia)

1.1.2 อาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่มีความพิการรุนแรงปานกลาง ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารด้วยตนเองไม่ได้ มีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ต้องใส่สายยางให้อาหาร ควรตรวจตำแหน่งของสายยางให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้อาหาร ไม่ควรให้อาหารมากเกินไปรวมทั้งอาหารไม่ควรเย็นเกินไป สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถป้อนอาหารและกลืนได้เองควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วย ควรจัดทำนึ่งศิระสูง จัดอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารเพื่อความสะดวกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลน่าจะมีความต้องการการฝึกทักษะการป้อนอาหาร การดูแลไม่ให้สำลัก คุณค่าของอาหารคือ มีสารอาหารครบทุกหมู่ ความสะอาด การดูแลสายยางให้อาหาร

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องนอนอยู่นาน ๆ ในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โอกาสที่เกิดท้องผูกได้สูง และถ้าได้รับอาหารที่มีกากน้อยได้รับน้ำน้อยและการไม่คุ้นเคยกับการนอนถ่าย จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการท้องผูกเพิ่มขึ้น กรณีผู้ป่วยปัสสาวะไม่รู้สีกตัวหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จะทำให้เกิดการขึ้นแฉะเป็นสาเหตุให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคาสาวยสว่นปัสสาวะ ต้องมีการดูแลให้ปัสสาวะระบายได้ตลอด ไม่มีการหักงอ ฉะนั้นผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะในการป้องกันการเกิดท้องผูก การล้างอุจจาระ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่ายหลังการขับถ่าย การดูแลสายสว่นปัสสาวะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและกิจกรรมของตนเอง

1.3.1 การพักผ่อน โดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักจะนอนไม่ค่อยหลับ อาจมีวิธีอื่นที่ช่วยส่งเสริมการนอนของผู้ป่วยโดยลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ลดเสียงรบกวนและแสงสว่างในช่วงเวลากลางคืน ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตื่นในช่วงเวลากลางวันและสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชอบเบา ๆ หรือการตีเครื่องตีม่อ ๆ ก่อนนอน จะนั้นผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะในการเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อขจัดสิ่งทำให้เกิดภาวะเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการพักผ่อน

1.3.2 การเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ จะนั้นผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนไหวร่างกายช่วยหาอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ นอนเจ็บบ ๆ จะนั้นผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตัดสินใจหรือปฏิเสธสิ่งที่เขาจะได้รับด้วยตนเองมากที่สุด

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้อง

ตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ช้า อันตรายที่เกิดที่พบมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเกิดข้อติด ฉะนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการฝึกทักษะการป้องกันเกิดแผลกดทับ การดูแลเมื่อมีแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การดูแลเมื่อเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ การป้องกันข้อติดและการดูแลเมื่อมีข้อติด

1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว มักมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Folden, 1993, pp. 162-167) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง และกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การจัดทำ การฝึกให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเคลื่อนไหวข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ฉะนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฝึกทักษะการดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดทำที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีการพลิกตะแคงตัว การพยุงผู้ป่วยลงจากเตียงมารถเข็นหรือเก้าอี้และการพยุงจากรถเข็นมาเก้าอี้หรือเก้าอี้ม้าที่เตียง การฝึกให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- 2.2.1 การขาดการศึกษา
- 2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- 2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร
- 2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- 2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- 2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสียดังกล่าวหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นต้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางทางสุขภาพ

ผู้ดูแลต้องการช่วยเหลือจากพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ เมื่อกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ดังนี้

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคล

จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่จะเข้าใจถึงการดูแลที่จำเป็นนั้น ให้พิจารณาว่า การดูแลที่จำเป็นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ วัตถุประสงค์ กับ วิธีการ วัตถุประสงค์มีความเป็นสากลคือ เป็นของทุกคน แต่วิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์แตกต่างกันตามขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม ครอบครัวและประสบการณ์ เช่น วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเป็นของจำเป็นสำหรับทุกคน แต่วิธีการออกกำลังกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในบางคนที่ต้องทำงานใช้แรงมาก การออกกำลังกายได้สอดแทรกอยู่แล้วในกิจวัตรประจำวัน แต่สำหรับคนที่ทำงานนั่งโต๊ะจะต้องวางแผนกำหนดวันและเวลาด้วยความตั้งใจหรือการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน แต่อาหารที่เลือกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ถ้าจะเปรียบเทียบการดูแลที่จำเป็นกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์อาจจะช่วยให้เข้าใจการดูแลที่จำเป็นมากขึ้น เช่น อาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต แต่การดูแลตนเองที่จำเป็นเน้นที่การกระทำของบุคคล เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการด้านอาหารเพราะทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเองคือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับความความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำความต้องการการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ 2 ข้อ คือ ความต้องการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และความต้องการเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ เพื่อให้ทราบว่าเมื่อผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาอันยาวนานผู้ดูแลมีความต้องการในขั้นพื้นฐานอย่างไร ในการคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ทราบถึงความต้องการของผู้ดูแลและสามารถวางแผนในการให้การพยาบาล หรือช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลได้ตรงตามความเป็นจริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

สถิต วงศ์สุรประภิต (2542) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 127 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมทุกด้านอยู่ระดับปานกลาง และพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริการแหล่งบริการและวิธีใช้แหล่งบริการ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และด้านการส่งเสริมบริการ/การใช้บริการ ครอบครัวมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

สุวีรัตน์ ชวงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสัมภาษณ์ญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ตีผู้ป่วยนอก จำนวน 120 ราย ดัดแปลงแบบสัมภาษณ์มาจาก วินเกตและเลคคีย์ (1989) แบ่งเป็น ความต้องการของญาติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 2) ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ 3) ด้านการจัดการภายในบ้าน 4) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 5) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และ 6) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความต้องการโดยรวมและรายด้านของญาติทั้ง 6 ด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการของญาติได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความต้องการการพยาบาลจากทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2540) ได้นำแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองของโอรึม ไปศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย ได้กล่าวว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมอง จากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีผลต่อระดับความรู้สึกและสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยดังกล่าวแล้วนั้น ทำให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ หายใจโล่ง ไม่มีเสมหะคั่งค้าง ไม่เกิดการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ
2. ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ วันละประมาณ 4,000 แคลอรี และได้น้ำวันละประมาณ 2,000 ซีซี
3. ร่างกายสะอาด ผิวหนังตึง ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีไข้
4. ปัสสาวะสีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
5. พักผ่อนอย่างเพียงพอ สิ้นหน้าสดชื่น ไม่อึดโรย
6. แขนขามีการเคลื่อนไหวและได้รับการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
7. ปรับตัวกับสภาพร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลง

8. มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง
9. ฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง
10. อยู่ภายในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย

บาคาส และคณะ (Bakas, et.al., 2002, pp. 242-251) ศึกษาถึงความต้องการ กลวิธี และคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะ 6 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพร่างกายผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่า มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

อีเกอร์ทสัน และคณะ (Egertson, et al. 1994, p.185) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์จำนวน 9 ครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการ 8 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการเวลา เนื่องจากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลลดลง 2) ต้องการสนับสนุนทางสังคมและต้องการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 3) ต้องการความช่วยเหลือและวิธีการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น รถเข็นในการนำผู้ป่วยเข้าบ้าน 4) ต้องการทราบวิธีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ 5) ต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเมื่อบทบาทของผู้ดูแลเปลี่ยนไป 6) ต้องการแหล่งที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 7) ต้องการทราบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 8) ต้องการทราบวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในการดูแลผู้ป่วย

จินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, 2000) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการอายุ 0-6 ปี จำนวน 140 คน พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง นอกจากนี้ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการดูแล และปัจจัยด้านเด็กสมองพิการ ได้แก่ ลำดับการเกิดโรค อายุ ความรุนแรง ไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่บ้านได้

แม็คลีน และคณะ (McLean, et al., 1991, pp. 559-564) ศึกษาความต้องการด้านการบริการซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการ เป็นการศึกษาบ้านรองผู้ดูแล จำนวน 11 ราย โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการบริการในเรื่องข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย ตลอดจนคำปรึกษา และข้อแนะนำเวลาเกิดปัญหาขึ้น

เรกส์เดล และคณะ (Ragsdale, et al., 1993, pp. 154-161) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนของแคพลันและคิลเลีย (Caplan and Killilea, 1976) พบว่า ความต้องการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือทางสังคมของผู้ดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนและช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งจะทำให้ญาติรู้สึกคงความเป็นคนและมีคุณค่า 2) การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำในการดูแล คำแนะนำและข้อมูลต่าง ๆ เปรียบเสมือนพี่เลี้ยง เป็นแรงผลักดันทางบวกในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ ความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมนั้นมีมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์และภาวะวิกฤติในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

เวเนทเซน และคอรริแกน (Venetian and Corrigan, 1995, pp. 149-154) ศึกษาความต้องการด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้ ดังนี้ 1) ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น 3) ความรู้ในการดำรงภาวะสุขภาพของครอบครัวให้เป็นปกติสุข และ 4) แหล่งช่วยเหลือและดำรงภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรได้วางแผนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในความต้องการด้านความรู้ดังกล่าวด้วย

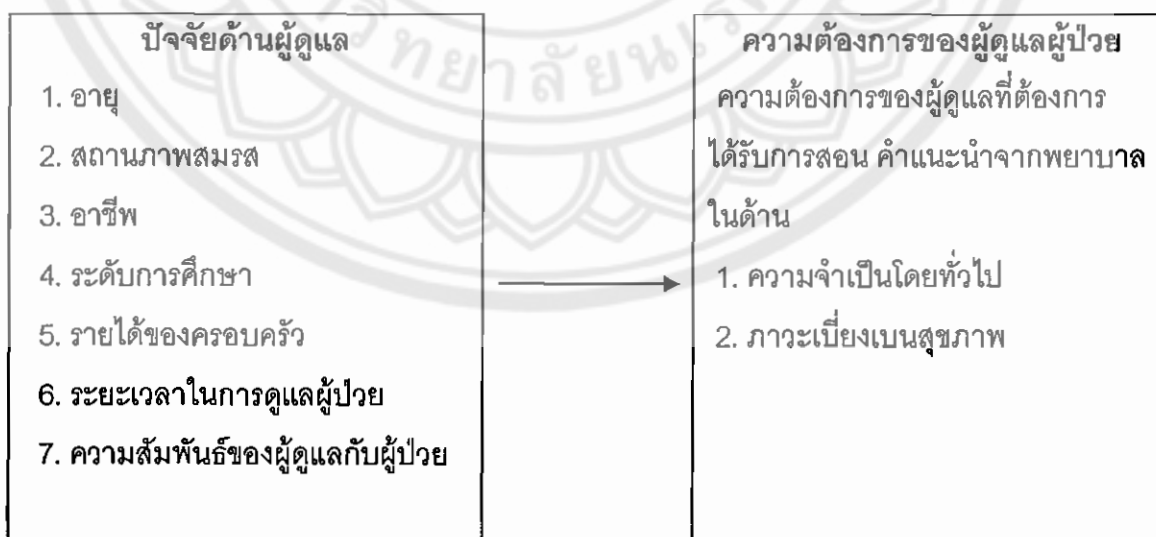
วินเกตและเลคเคย์ (Wingate and Leckey, 1989, pp. 216-224) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านจำนวน 14 ราย สรุปได้เป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการข้อมูล 2) ความต้องการการจัดการภายในบ้าน 3) ความต้องการด้านร่างกาย 4) ความต้องการด้านจิตใจ 5) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ 6) ความต้องการด้านกฎหมายและเศรษฐกิจการเงิน 7) ความต้องการการพักผ่อน และ 8) ความต้องการอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากความต้องการดังกล่าวข้างต้น 7 ด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยและสถานการณ์ในการดูแล ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ ผู้ดูแลอาจรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแลได้

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีการเตรียมตัวมาก่อน มีผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลการรับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้วผู้ป่วยยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องกลับมารักษาตัวต่อที่บ้าน ผู้ดูแลอาจไม่มีทักษะหรือความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยดีพอ การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลจึงมีความต้องการข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่ได้กล่าวถึงความต้องการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความต้องการดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลที่จะเป็นแนวทางการให้การความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตรงตามความต้องการมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อป่วยและต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ส่วนใหญ่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะต้องมีผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยแทนพยาบาล ตามแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยทฤษฎีระบบ โดยใช้ระบบทดแทนทั้งหมดหรือระบบทดแทนเป็นบางส่วน เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความต้องการของผู้ดูแลในแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม ควรเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และต้องการการดูแลตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ จึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่วนใหญ่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้วิจัยจึงใช้เป็นกรอบแนวคิดความต้องการของโอเร็ม ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้



ภาพ 6 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย