

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้ 1) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย 2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3) ปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) แนวคิดการเผชิญปัญหา 5) ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ 6) แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ มีการอุดตันหรือตันของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งมีผลให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง หรือจากการแตกของหลอดเลือดภายในสมองที่เกิดขึ้นเอง เป็นผลให้มีเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมองจำแนกชนิดตามระยะเวลาของการดำเนินโรคจะได้เป็น 4 ลักษณะ (นิพนธ์, 2534) คือ 1) อาการเกิดขึ้นและหายภายใน 24 ชั่วโมง 2) อาการที่เกิดขึ้นและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายภายใน 2 สัปดาห์ 3) อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ดำเนินเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลา 4) อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นคงที่แล้ว โดยไม่มีอาการเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการเรียกว่า "อัมพาต" จะมากหรือน้อยเพียงใด ก็แล้วแต่ตำแหน่งและชนิดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ซึ่งอาการส่วนใหญ่ที่พบจะมี 5 ลักษณะ (Hudak, 1998) คือ 1) มีการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อโดยจะทำให้มีอัมพาตครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับสมองที่เกิดพยาธิสภาพ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด และกล้ามเนื้อในการกลืน 2) มีความสูญเสียด้านการรับรู้ โดยจะมีความบกพร่องด้านการมองเห็น มีความบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้สึก เช่น การสัมผัส การเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น มีความบกพร่องด้านความคิด ความจำ และการแปลความหมาย ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ละเลยแขนขาส่วนที่เป็นอัมพาต 3) มีการบกพร่องด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย เนื่องจากสมองซีกนี้จะมีศูนย์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา (เจียมจิต, 2535) ผู้ป่วยบางรายจะ

สามารถเข้าใจภาษาได้ดี แต่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ บางรายจะมีความบกพร่องในการเข้าใจภาษาจากการฟังและการอ่าน ผู้ป่วยเหล่านี้พูดได้คล่องแต่จะตอบไม่ตรงคำถาม ส่วนผู้ป่วยบางรายก็จะมี ความบกพร่อง ทั้งในด้านการเข้าใจภาษาและการสื่อสาร 4) มีความบกพร่องด้านสติปัญญา โดยจะมีการสูญเสียด้านความจำ ช่วงความสนใจจะสั้น มีความสับสน การตัดสินใจแย่งลง รวมทั้งมีความผิดปกติด้านการคำนวณ การคิด และการใช้เหตุผล 5) มีความบกพร่องในการขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ บางรายจะเกิดปัสสาวะคั่งค้าง หรือถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง ก็จะทำให้กระเพาะปัสสาวะสูญเสียการควบคุมในการขยับถ่าย ส่วนการขยับถ่ายอุจจาระนั้นพบว่า จะมีความบกพร่องเกิดขึ้นเนื่องจาก มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว จากภาวะการขาดน้ำ หรือจากการไม่ได้มีการเคลื่อนไหว จึงทำให้มีปัญหาเรื่องท้องผูกมากที่สุด

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคโดยผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย จะมีอาการที่มี การเปลี่ยนแปลงง่าย หรือบางครั้งจะแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (Hayn & Fisher, 1997; Hudak, Gallo & Morton, 1998) และมักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยพบอาการซึมเศร้าได้ 35.5 เปอร์เซ็นต์ ในระยะ 1 ปีแรก (Santus, Ranzenigo, Caregnato & Inzoli, 1990) หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ทำให้มีปมด้อย ความภาคภูมิใจ และความมั่นใจในตนเองน้อยลง (อรพรรณ, 2531) จากการศึกษาของพวงน้อย (2536) เรื่องปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตซีกซ้ายจะมีปัญหาสุขภาพจิตพอๆ กับผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากที่สุด คือ อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีบุคลิกเดิมหงุดหงิดง่าย จะมีปัญหาสุขภาพจิตได้มากที่สุด ส่วนอาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับความพิการของร่างกาย การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การปรับบุคลิกภาพของบุคคลคนนั้น ส่วนสุธีรา (2538) ทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสโตรค โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาของผู้ป่วย จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลออกได้เป็น 4 ด้าน (ฟาริตา, 2539) คือ

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารและน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีปัญหาในการเคี้ยว การกลืน เป้าหมายสำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอ กลืนง่ายและไม่สำลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วย อุปกรณ์ในการใช้รับประทานอาหาร ถาดอาหารและอาหาร ควรจัดวางไว้หน้าผู้ป่วยและอยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ควรจัดทำศีรษะสูง และให้ป้อนอาหารเข้าทางปากที่ไม่มีพยาธิสภาพ ให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหารโดยไม่เร่งรีบ ตรวจดูเศษอาหารหลงเหลือในปาก ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังรับประทาน อาหาร

ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหาร ควรตรวจดูตำแหน่งของสายยาง ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้อาหาร ไม่ควรให้อาหารในปริมาณมากเกินไป รวมทั้งอาหารที่ให้ ไม่ควรเย็นเกินไปด้วย (เจียมจิต, 2535) และดูให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งต่ออีก 45 นาทีหลังให้อาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก (Hayn & Fisher, 1997) ส่วนการดูแลเรื่องการดื่มน้ำ ผู้ดูแลจะต้องดูแล ให้ ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ หรือน้ำผลไม้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร (ฟาริตา, 2539)

1.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลก็ต้องช่วยดูแลตั้งแต่ความสะอาดในช่องปาก ผม หนังกีฬา เล็บมือและเล็บเท้า การทำความสะอาดผิวหนัง การใส่เสื้อผ้า ส่วนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เนื่องจากยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง โดยผู้ดูแลจะคอยให้การช่วยเหลือเฉพาะ ในกิจกรรมส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ รวมทั้งจัดหาเสื้อผ้าที่หลวมให้ผู้ป่วย สามารถใส่และถอดเอง ได้สะดวก

1.3 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การฝึกการขับถ่ายอุจจาระต้องยึดถือตามเวลาปกติของผู้ป่วย ดูแลอย่าให้ท้องผูก โดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ให้ได้รับน้ำเพียงพอ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยขับถ่าย ตลอดจนกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ถ้าเป็นไปได้

ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกขับถ่ายอุจจาระในท่านั่ง เพราะทำให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระได้ดีขึ้น หากพาผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ก็เป็นสิ่งดี การให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบนเตียงบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตนเองและเกิดความถดถอยมากขึ้น ซึ่งจะขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสภาพต่อไป (เจียมจิต, 2535)

การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือมีปัสสาวะเล็ด ให้ใส่ถุงร่อนน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ สำหรับผู้ป่วยหญิง ส่วนผู้ป่วยที่สามารถปัสสาวะได้เอง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการขับถ่ายปัสสาวะตามโปรแกรมเวลาที่กำหนดหรือ ทุก 2-3 ชั่วโมง โดยการเสิร์ฟหมอนอนหรือพาไปห้องน้ำ ในการฝึกควรได้รับการฝึกถ่ายในท่าปกติและที่สำคัญก็คือ ช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายทุกครั้ง

1.4 การนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้นอนหลับได้สบาย โดยลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนผู้ป่วย เช่น ลดเสียงรบกวน และแสงสว่างในช่วงกลางคืน ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตื่นในช่วงกลางวันและสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน จัดสิ่งทำให้เกิดภาวะเครียดก่อนนอน และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ (เจียมจิต, 2535) ตลอดจนควรให้เครื่องดื่มนุ่นๆ หรืออาจให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา (ฟาริดา, 2539)

2. การดูแลความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น การบกพร่องด้านการติดต่อสื่อสาร การบกพร่องของระดับสติปัญญา รวมทั้งการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก โดย

2.1 การติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดย (เจียมจิต, 2535; Hayn & Fisher, 1997) คุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ปกติ นิ่มนวลให้เวลา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถของตนเอง ในการแสดงออกเพื่อการสื่อสาร ถ้าจะสั่งให้ผู้ป่วยทำอะไร ควรสั่งทีละคำสั่ง หรือถามทีละคำถาม พยายามใช้คำเดียวๆ ประโยคสั้นๆ และอาจจะใช้ท่าทางประกอบด้วย ตั้งใจฟังคำพูดของผู้ป่วยเพราะบางคำผู้ป่วยจะออกเสียงไม่ชัดเจน ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยจนจบไม่เร่งรีบผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจจะพูดไม่ได้ หรือได้เล็กน้อย ซึ่งเป็นผลมาจากเนื้อสมองถูกทำลาย ก็อาจจะต้องมีการใช้รูปภาพ หรือให้เขียนแทน

2.2 การบกพร่องของระดับสติปัญญา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีความบกพร่องทางด้านคิด ความจำ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องแนะนำเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น ให้เวลาผู้ป่วยในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ และซักถามถ้าไม่เข้าใจ

2.3 การบกพร่องด้านการรับรู้และการรับความรู้สึก ผู้ดูแลจะต้องคอยระวังไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับบริเวณโดยรอบ และตำแหน่งของสิ่งของเครื่องใช้ที่วางอยู่รอบตัว จัดสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางของมีคมไว้ใกล้ผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันมามอง และลูบไล้แขนขา ด้านเสีย รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีความระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับแขนขา ด้านเสีย ในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยควรรู้ว่าแขนขาข้างเสียของตนอยู่ในตำแหน่งใดตลอดเวลา

3. ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลทำให้เกิดการเสียชีวิต และทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ช้า จากการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อกลับบ้าน คือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมาเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวมและระบบทางเดินปัสสาวะตามลำดับ (ชนิดา, 2537) นอกจากนี้อาจพบปัญหาข้อติดแข็ง นิ้ว หรือมีการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขาเป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องดูแลดังนี้

3.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ จากการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงปีละ 60,000 คน โดยจะพบในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และในผู้ป่วยสูงอายุ (Maklebust, 1987) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้ดูแลสามารถที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ โดยเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หลีกเลี่ยงการจัดท่าที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เลือดดำไหลกลับไม่สะดวก ใช้อุปกรณ์ผ่อนแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้ง สะอาด และมีความชุ่มชื้นพอเหมาะอยู่เสมอ ดูแลให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึงและแห้งสะอาด รวมทั้งต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้สารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ

3.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งได้แก่ ปอดอักเสบเนื่องจากการสำลัก โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนร้อยละ 40 จะมีการสำลัก และเกิดการติดเชื้อที่ปอด หรือปอดอักเสบถึงร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาการกลืน จะมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต, 2535) โดยผู้ดูแลต้องหมั่นขจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจให้หมด ถ้าผู้ป่วยสามารถไอและหายใจเข้าออกลึกๆ ได้ ต้องกระตุ้นให้ไอ เพื่อขับเสมหะออก โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าให้เต็มที่แล้วกลั้นไว้สักครู่ จากนั้นให้ไอออกมาแรงๆ และช่วยเคาะปอดก่อนให้อาหารทุกมื้อและก่อนนอน จะช่วยลดการสะสมของน้ำเมือกและเสมหะในหลอดลม ป้องกัน

การสำลักลงปอดในรายที่รีเฟล็กซ์การไอและการกลืนเสียไป ตลอดจนพยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พยุงนั่ง พยุงเดิน พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดการคั่งค้างของน้ำเมือก ตลอดจนดูแลความสะอาดภายในช่องปาก และฟันของผู้ป่วย เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคในปาก ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เพราะทำให้กลืนได้ง่ายกว่าของเหลวและของแข็ง รวมทั้งการป้อนอาหารให้ป้อนด้านที่ผู้ป่วยเคี้ยวได้สะดวก เพื่อป้องกันการสำลัก (Frye-Pierson & Toole, 1987 อ้างในอุมา, เอมอร, รุ่งทิพย์ และ ภัทรราวดี, 2535)

ส่วนภาวะการติดเชื้อที่พบรองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษาของลินเดล และออลส์สัน (Lindell & Olsson, 1989) พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงจะทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้ถึงร้อยละ 89 โดยพบว่า เกิดจากมีการหมักหมมของเยื่อเมือก ทำให้เกิดมีการติดเชื้อขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลสามารถป้องกันการติดเชื้อ โดยสังเกตอาการใช้ ลักษณะของปัสสาวะ รวมทั้งดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3.3 การฟื้นฟูสภาพกำลังกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบหรือข้อติดแข็ง โดยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการบริหารหรือหมุนข้อต่อต่างๆ ตามทิศทางการหมุนของข้อ (Range of Motion : ROM) และในขณะที่ผู้ป่วยนอนบนเตียง ต้องช่วยในการจัดท่าของแขนขาให้ถูกต้อง ป้องกันการดึงรั้งของข้อต่อและปลายเท้าตก ในระยะการฝึกนั่ง ต้องดูให้นั่งตัวตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัวและพยายามฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากท่านั่งเป็นท่านยืน การฝึกยืนต้องให้ผู้ผู้ป่วยยืนในท่าที่สมดุลตัวตรง ต่อจากนั้นเป็นการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยยกเท้าขึ้นลง เพื่อให้ข้อตะโพกมีการเหยียดและงอ ต่อไปเป็นการฝึกการก้าวเท้า อาจจะมีการใช้ไม้เท้าช่วย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ดีหรือไม่ค่อยมีแรงเดิน อาจสอนการใช้รถเข็น และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตนเอง โดยใช้รถเข็นแทน (Hayn & Fisher, 1997)

3.4 การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ดูแลอาหารให้เหมาะสมกับโรค ควบคุมและสังเกตอาการของโรคอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติควรพามาพบแพทย์

3.5 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุได้ค่อนข้างมาก เนื่องจากสภาพร่างกายและการรับรู้สิ่งต่างๆ มีความบกพร่อง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

4. การดูแลเพื่อประดับประดาจิตใจ จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกมั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้งให้ไร้ค่า (สุทธิรา, 2538) แรงสนับสนุนที่ผู้ดูแลจะต้องคำนึงคือ การให้ความรักใคร่ ความผูกพันแก่ผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัว โดยผู้ดูแลควรยึดหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง เพื่อดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม

ปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลือ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่า ผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่จะได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด เนื่องจากบุคคลภายในครอบครัวมักจะผลักรับหน้าที่ในการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว ซึ่งจะมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบ ผลกระทบในทางลบต่อผู้ดูแล มีดังนี้ (วิมลรัตน์, 2537; ฟาริดา, 2539)

1. สุขภาพกาย เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จากการศึกษาของจินตนา (2540) และสุดศิริ (2541) พบว่าผู้ดูแลจะลืมนอนหลับตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย ปวดหลัง ปวดเอวเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นอาการที่พบได้เสมอในผู้ดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียไม่สุขสบาย อิดโรย โดยจากการศึกษาของเจนเซ็นและกิฟเวน (Jensen & Given, 1991) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 248 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล โดยความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ การสูญเสียกระบวนการคิดความสามารถในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงานและการเข้าร่วมสังคม

2. สุขภาพจิต ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ จากการศึกษาของจินตนา (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าการแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ชุ่นเคื่องที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธ และฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้หมดกำลังใจ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีผลทางอ้อมต่อผู้ป่วยคือ เมื่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า และมีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้ในที่สุด (Paulshock & Deimling, 1984 cited by Bull, 1990; บุญวดี, 2532)

3. ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งทำให้ต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน และต้องรับภาระในฐานะผู้ดูแลด้วย และจากการที่ผู้ดูแลต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความคลุมเครือ และไม่มั่นใจในการดูแล นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลายๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน เนื่องจากไม่สามารถกระทำการต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม และอาจจะใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา, 2539)

4. ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และจากการศึกษาของจินตนา (2540) และสุดศิริ (2541) ก็ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (Siverstone & Hyman, 1982 อ้างในรุจา, 2535)

ส่วนผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน, 2539) และจากการศึกษาของจอม (2540) เรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพี่น้องที่เห็นความสำคัญ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ (2537) เรื่องภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพัน ผู้สูงอายุ ประกอบกับได้มี การประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา หรือเมื่อเจ็บป่วย มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญปัญหา จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ซึ่งจะเห็นว่าผลกระทบในทางบวกจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาตามความหมายของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นความพยายามทางความคิด และการกระทำของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกาย ทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าที่บุคคลมีอยู่ การเผชิญปัญหานี้ถือเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และไม่มี การตัดสินว่าวิธีการเผชิญปัญหาวิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ บุคคลที่เผชิญปัญหาได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์

การมีผู้ป่วยในครอบครัว ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งกระทบต่อผู้ดูแลความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้นถือว่าอยู่นอกเหนือความสามารถในการควบคุมของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ในทางลบหรือในทางบวก และจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็น

อันตรายหรือคุกคาม แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ตาม ซึ่งจะถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดทั้งสิ้น (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลก็จะพิจารณาถึงแหล่งประโยชน์ และวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยกระทำไปแล้ว เพื่อเลือกวิธีที่จะนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาและแสดงออกเป็นพฤติกรรมเผชิญปัญหา ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused coping) ในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 แบบเปลี่ยนกลับไปกลับมาตลอดเวลา รวมทั้งได้มีการแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาได้ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (problem - focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้กระบวนการเผชิญปัญหา โดยมุ่งแก้ที่ต้นเหตุของปัญหาโดยตรง ซึ่งจะมุ่งปรับแก้ทั้งความคิด และพฤติกรรม หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ เผชิญกับ สิ่งที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริง วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาได้แก่

1.1 เผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) คือ การที่บุคคลมีความคิด หรือพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ในการเผชิญกับปัญหา ไม่หลีกเลี่ยง หนี หรือกระทำการต่างๆ อย่างหุนหันพลันแล่น แต่หันหน้าเผชิญกับปัญหา และมีความเข้าใจสภาพของปัญหาตามความเป็นจริง

1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (planful problem solving) คือ การที่บุคคลพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำที่เป็นขั้นเป็นตอน มีการวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการต่างๆ มากกว่า 1 วิธี หรือใช้ประสบการณ์เดิม เพื่อที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้ได้ผลดีมากที่สุด

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion - focused coping) คือ การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุม ปรับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นๆ ได้ เป็นการรักษาความสมดุลทางจิตใจไว้ วิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะนี้เป็นเพียงวิธีการบรรเทา หรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้จัดการโดยตรงให้ปัญหามดไป ดังนั้นถ้าใช้บ่อยๆ โดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดหรือการกระทำที่บิดเบือน ปัญหาต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะก่อให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น จนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น (Forman, 1993) แต่ถ้าบุคคลใช้วิธีการเผชิญ

ปัญหาในลักษณะนี้อย่างไรก็ตามสภาพที่เป็นจริง ก็จะต้องให้เผชิญปัญหาได้ วิธีการเผชิญปัญหา โดยมุ่งปรับอารมณ์ได้แก่

2.1 ประเมินสถานการณ์ใหม่ทางบวก (positive reappraisal) คือ การที่บุคคลมีความคิด และพฤติกรรมที่พยายามจะให้ความหมายของสถานการณ์ในรูปแบบใหม่ในทางที่ดี ซึ่งวิธีเหล่านี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมีความภาคภูมิใจ และบางครั้งช่วยลดอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ และอารมณ์เศร้า เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การประเมินค่าใหม่ทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ที่เป็นด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความเชื่อมั่น และความปลอดภัย (Lazarus & Folkman, 1986)

2.2 แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility) คือ การที่บุคคลมีความคิด และพฤติกรรมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่สร้างปัญหา และปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา เช่น เตรียมพร้อมที่จะยอมรับแม้ว่าสถานการณ์นั้นจะเลวลง วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิตนเองได้ เป็นต้น

2.3 ควบคุมตนเอง (self-controlling) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองให้สม่ำเสมอ หรือเป็นการพึ่งตนเอง เช่น อยู่คนเดียวเงียบๆ เพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือพยายามพิสูจน์ว่าตนเองสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้ เป็นต้น

2.4 แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (seeking social support) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่แสวงหาการเกื้อหนุน ทั้งที่เป็นข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยทางวัตถุ และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

2.5 ถอยห่าง (distancing) คือ การที่บุคคลใช้ความพยายามทางความคิด ที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นให้น้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น ปล่อยตามยถากรรม พยายามคิดว่าเป็นโชคร้ายของตน เป็นต้น

2.6 หนีหลีกเลี่ยงปัญหา (escape-avoidance) คือ การที่บุคคลมีความคิด และพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การไม่ให้ความสนใจ ลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น โดยพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การปลอบใจตนเอง และคิดว่าเวลาจะช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหนีหลีกเลี่ยงปัญหานี้ เป็นวิธีที่อาจช่วยลดความทุกข์ได้ แต่มีการศึกษาพบว่า อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจได้คือ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Folkman, et al., 1986b cited by Lazarus & Folkman, 1991)

จากการศึกษาของนิตยา (2531) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติพบว่า ญาติใช้ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าแบบมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญปัญหากับความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ดังนั้นในขณะที่ญาติดูแลผู้ป่วยก็จะผ่านกระบวนการเผชิญปัญหา และแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งหากญาติมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี มีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย ก็น่าจะทำให้มีสุขภาพดี มีขวัญดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการดูแลที่ดีก็จะ สามารถช่วยป้องกันและช่วยในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพ ได้เร็ว นอกจากนี้ในการศึกษาของสุดศิริ (2541) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลัก 15 รายก็พบว่า ผู้ดูแลมีกลไก การปรับสภาพจิตและอารมณ์เพื่อมิให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด และปรับใจได้เร็ว กลไกการเผชิญปัญหาอันได้แก่ เอาใจผู้ป่วย หลบไปทำใจ เอาหูทวนลม คิดว่า ถ้าเป็นตัวเราทำความเข้าใจร่วมกันและทำจิตให้ว่าง และผู้ดูแลส่วนใหญ่มักใช้กลวิธีหลายลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์และเวลาที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากระดับของ ความพิการหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย จะมีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ให้การดูแล โดยแกรนท์ (Grant, 1996) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลเมื่อกลับมา พักฟื้นที่บ้าน ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 10 คู่ พบว่า ปัญหาสำคัญ ของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านประการหนึ่ง คือ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีก และ มีการสูญเสียด้านความคิด และความจำร่วมด้วยจะเกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลมากกว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกเพียงอย่างเดียว เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก ในการช่วยเหลือ และจัดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน และประอรนุช (2538) เรื่องปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วย เรื้อรัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่า ความเสื่อมในการรู้คิดของผู้ป่วย จะสามารถ ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาได้ดีที่สุด ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมในการรู้คิดมาก ผู้ดูแลจะประเมิน

สถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า และเป็นความเครียดมากด้วย ความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ดูแล

นอกจากนี้ในการศึกษาของจินตนา (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะในการดูแล แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยมีความบกพร่อง หรือความพิการมาก ผู้ดูแลก็จะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของอีเกอร์สัน (Egertson, 1994 อ้างในสุวีร์รัตน์, 2541) กลับพบว่า ความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้น กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหาย อยากให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนหาแหล่งช่วยเหลือที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อเวลามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

2. ลักษณะของผู้ดูแล ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหามีดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพและพลังของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย จะมีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี (ฟาริดา, 2539; Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำอยู่เกือบตลอดเวลา มีผลให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลหลายรายขณะอยู่ที่บ้านก็จะประสบกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเครียด (จินตนา, 2540; สุดศิริ, 2541) ซึ่งนับว่าจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความเชื่อในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเื้ออำนวยการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ (2541) ที่พบว่า ความหวังก่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าผู้ดูแลทุกราย จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ก่อให้เกิดความยุ่งยาก จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยก็ตาม

2.3 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา มีดังนี้

2.3.1 อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้น จะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก และจัดการกับความเครียดได้มากขึ้น (Jalowiec & Power, 1981) แต่จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2536) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่ทำนาย

ความเบื่อหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง และจะมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ดูแลที่มีอายุมากก็มักจะรู้สึกว่าตนเองดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดความท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ในการดูแลได้สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

2.3.2 เพศ พบว่า เพศหญิงเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล จะสามารถเผชิญปัญหาได้ง่ายกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลจะเผชิญปัญหาได้ยากกว่า (ฟาริดา, 2539; ชูชื่น, 2541)

2.3.3 สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ขึ้นอยู่กับว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างกันดีหรือไม่ หากมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและความผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล แต่ถ้ามีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่แต่งงานแล้ว แต่ต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ ไม่ใช่คู่สมรสของตนเอง และต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ มากขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย (ฟาริดา, 2539)

2.3.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของอูมาเอมอร์, รุ่งทิพย์ และภัทราวดี (2535) เรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย พบว่า ญาติที่มีการศึกษา หรือมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ก็ยังพบอีกว่า ญาติที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีเนื่องจากระดับการศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้ (Jalowice & Power, 1981) ในขณะที่ผู้มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหานั้นๆ หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins, 1978 cited by Jalowice & Power, 1981) อย่างไรก็ตามการศึกษาของนิตยา (2531) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้

กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย กลับพบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันไม่ทำให้มีการเผชิญปัญหา หรือความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง แม้ว่าจะเผชิญปัญหาได้ดีกว่า แต่ก็รับรู้ปัญหาได้กว้างกว่า ทำให้มีการรับรู้ต่อความเครียดได้สูงกว่าด้วย

3. ระยะเวลาในการดูแล เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล จากการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ก็พบว่า ระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลก็จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เหมาะสม ไม่รู้สึกเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

4. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของบุคคลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Luckmann & Sorensen, 1987) บุคคลมักจะนำวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาใช้ในการจัดการกับปัญหา และหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะค้นหาวิธีใหม่ (Ignatavicius & Bayine, 1991) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2531) ที่พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ต้องดูแลนั้น เป็นคนละคนกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลนั้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แม้ว่าผู้ดูแลจะเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ก็เหมือนกับต้องเผชิญกับปัญหาใหม่

5. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล ที่จะนำเอาประสบการณ์สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหาเช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม ก็จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของจอม (2540) เรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลทุกรายจะมีวิธีการเรียนรู้ 2 วิธี คือ 1) การเรียนรู้ด้วยตัวเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตัวเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และการศึกษาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้ดูแลจะนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ทั้ง 2 วิธี ไปใช้ในการดูแล และการเผชิญปัญหาในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

6. ทักษะทางสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะบ่งถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็นและขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสะดวก หรือง่ายในการจัดการกับปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของจอม (2540) พบว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพ รู้จักเลือกเวลาที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือ รู้จักใช้คำพูด มีสีหน้าท่าทางและอารมณ์ที่เหมาะสม จะได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล และบุคลากรอื่นเป็นอย่างดี

7. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาของเพียงใจ (2540) เรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแล ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี ก็จะได้รับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลน้อย ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี (ฐีชื่น, 2541; สายพิน และประอรนุช, 2538)

8. ศาสนา จากการศึกษาของนิตยา (2531) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสอนให้บุคคลยอมรับกฎแห่งกรรม จึงทำให้ผู้ดูแลยอมรับสภาพของผู้ป่วยและสถานการณ์ในการดูแลที่เป็นจริงได้ และถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่แตกต่างกัน

9. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลมีทางเลือกวิธีแก้ปัญหามากขึ้น และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางการเงิน จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ส่งผลกระทบต่อหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล และก่อให้เกิดการขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน

10. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัว ในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ (Lazarus & Folkmann, 1984) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดต่างๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่น

ในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ การประเมินความรุนแรงของความเครียดลดลง หรือรุนแรงน้อยลง ซึ่งส่งผลให้สามารถ เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยจัดปฏิภรียาของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อ ร่างกายด้วย (Cohen & Will, 1985) นับว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ภาระในการดูแลของ ญาติลดลง ซึ่งจะทำให้ญาติสามารถเผชิญปัญหาได้ดี (กัญญารัตน์, 2539; จินตนา, 2540; จันทรพิชญ, 2536; พรชัย, 2540; สุดศิริ, 2541) และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) ก็ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลมากที่สุด อันได้แก่ ครอบครัว และแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าว มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยทั้งหมดจะมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรง และทางอ้อมกับการเผชิญปัญหาของ ผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน ล้วนแต่ประสบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ต้องเผชิญกับ ปัญหาและปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล มีการเผชิญปัญหาและปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล ได้อย่างมีความสุข และถ้าผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยได้ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในขณะที่อยู่บ้านดีขึ้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่ ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ เกี่ยวกับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระการ ดูแล ความเหนื่อยล้า ตลอดจนจนถึงความต้องการของผู้ดูแล เป็นต้น (นิตยา, 2531; นภาพรณ์, 2533; รุจา, 2535; จันทรพิชญ, 2536; สายพิณและประอรนุช, 2538; เพ็ญลดา, 2539; อรอุษา, 2539; จินตนา, 2540; เพียงใจ, 2540; พรชัย, 2540; ชูชื่น, 2541; สุรรัตน์, 2541) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดและทัศนะของผู้วิจัย ทำให้ทราบ ถึงระดับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและทราบถึงความต้องการของผู้ดูแล ซึ่ง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล ก็จะประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยาก ลำบาก รวมทั้งผู้ดูแลที่ให้การดูแลด้วยความรักความผูกพัน ได้รับความช่วยเหลือหรือตอบสนอง ต่อความต้องการ ผู้ดูแลก็จะรับรู้ว่าเป็นภาระน้อย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ต่อการดูแลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาใน การดูแลได้เป็นอย่างดี

ในงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่ามี 1 เรื่อง คือการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุดศิริ, 2541) ซึ่งสนใจศึกษาสถานการณ์การให้การดูแล ปัญหาของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระของผู้ดูแล (family caregiver burden) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องนี้ไม่ได้เน้นการศึกษาเจาะลึกถึงการเผชิญปัญหาโดยตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาซ้ำในส่วนของประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาลึกซึ้งถึงการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่พบว่า ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาสูงสุดซึ่งจะทำให้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการให้ความหมายที่มาจากทัศนะของผู้ดูแลตามกลวิธีที่ผู้ดูแลใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง รวมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีพื้นฐานความเชื่อ ตามกระแสแนวคิดของปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism or naturalism) โดยเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอน ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ (อาภรณ์, 2536)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ หรือ ศึกษาการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์นั้น เป็นการเน้นข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด โลกทัศน์ วัฒนธรรมและความหมาย ซึ่งอาจไม่ปรากฏออกมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (สุภางค์, 2537) ทั้งนี้ผู้ศึกษาต้องสืบสวน ค้นหาทุกแง่มุมของปรากฏการณ์ โดยเป็นอิสระเท่าที่จะทำได้ จากข้อสันนิษฐานคำอธิบายทางทฤษฎี หรือข้อสมมุติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน (Omery, 1983)

ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาได้นำเสนอครั้งแรก โดยฮัสเซิร์ล (Husserl, 1965 cited by Omery, 1983; Koch, 1995; Walsh, 1996) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นการศึกษาเรื่องราวหรือความคิดที่เกิดขึ้น ตามวิถีทางที่เกิดและอย่างที่ เป็น (turn to the thing themselves) โดยผู้ศึกษาจะต้องควบคุม หรือกั้นความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาไว้ก่อน และต้องทำอย่างมีสติ

และเป็นระบบ จนเกิดเป็นประสบการณ์ที่ซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้ศึกษา เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจในสาระของปรากฏการณ์นั้น ซึ่งส่วนสำคัญในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเติล คือ 1) การให้ความสนใจ (intentionality) เป็นการให้ความสนใจต่อบอกเล่าอย่างตรงไปตรงมา และต้องอธิบายสาระความเป็นจริง ต้องมีความตระหนักและมีสติ 2) สาระสำคัญ (essence) เป็นการมุ่งหาสาระสำคัญของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุกประเด็น ด้วยความมีสติ และตามการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม และ 3) การทอนปรากฏการณ์ (phenomenology reduction) เพื่อจะได้กลับกรองเอาสิ่งที่เป็นแก่น ออกจากปรากฏการณ์ทั่วไปและตอบคำถามการวิจัยได้ (Koch, 1995; Streubert & Carpenter, 1995) ต่อมาปรัชญาการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้มีการพัฒนาออกไปเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบฮิวเมนนิวติกส์ (Koch, 1995) โดยไฮเดกเงอร์ (Heidegger) ศิษย์ของฮัสเติล ซึ่งมีแนวคิดว่า มนุษย์แต่ละคนมีความเป็นเอกภาพของตนเอง ทั้งความคิดและการกระทำ ที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการให้ความหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและความคิด ที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995; Heidegger, 1962 cited by Leonard, 1994) จะเห็นว่าไฮเดกเงอร์ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกัน ในลักษณะการดำรงชีวิตอยู่ในปรากฏการณ์ (being-in-the-world) ฉะนั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบฮิวเมนนิวติกส์ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจแนวคิดที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) บุคคล (person) 2) การดำเนินชีวิตอยู่ในปรากฏการณ์ (being-in-the-world) และ 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์จากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง (hermeneutic circle) ซึ่งไฮเดกเงอร์ได้อธิบายรายละเอียดดังนี้ (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995; Leonard, 1994)

1. บุคคล (person) ตามแนวคิดปรากฏการณ์แบบฮิวเมนนิวติกส์นี้ได้อธิบายว่า "บุคคล" เป็นผู้ที่สามารถให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เขาได้ประสบตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ หรือความเป็นจริงตามทฤษฎี เนื่องจากการแปลความหมายปรากฏการณ์ต่างๆ ของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคลนั้น และในการแปลความหมาย บุคคลจะมีการเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีตของตนมาสู่ปัจจุบัน และส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคตได้ (Koch, 1995) ซึ่งผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจความเป็น "บุคคล" ซึ่งไฮเดกเงอร์ ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลไว้ 5 ประการ ดังนี้ (Leonard, 1994)

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) ซึ่งหมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (world) หรือสิ่งที่ได้รับการสืบทอด และติดตัวเขามาตั้งแต่เกิด โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดนี้ หมายถึงสิ่งแวดล้อมทุกอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ ทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ การปฏิบัติและเผชิญอยู่กับประสบการณ์นั้นๆ รวมทั้งภูมิหลังของบุคคล เช่น อายุ การศึกษา ตลอดถึงสังคมรอบตัว ภาษา ประเพณี วัฒนธรรม

1.2 บุคคลเป็นผู้ที่ให้ความหมายและคุณค่าแก่สิ่งต่างๆ รอบตัว (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลให้คุณค่าหรือความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา บริบท และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลจะต้องศึกษา บุคคลในบริบทที่เขาอาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าใจคุณค่าและการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคลนั้น

1.3 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่ตนได้ประสบ ตามความคิด ความรู้สึกของตนเองที่อาจจะแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่น หรือความเป็นจริงตามทฤษฎีที่มีอยู่ ซึ่งการแปลความหมายเหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นมาจากระดับความมีสติของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับบริบทและภูมิหลังของบุคคลด้วย

1.4 บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่ได้มีเพียงแต่ร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีการรวมสิ่งต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือ ประสบการณ์ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยน (shared) การรวบรวมความหมายของสิ่งต่างๆ (embodied) และการรับรู้ (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994) โดยบุคคลจะรวมการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อมอยู่ภายในตัวเอง

1.5 บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับช่วงเวลา การศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตเป็นการศึกษาความเป็นอยู่ของบุคคล ณ ช่วงเวลานั้น (being-in-time) ซึ่งการมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนัก และให้ความสนใจ โดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Leonard, 1994)

2. การดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being-in-the-world) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา สิ่งแวดล้อม คือ กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมถึง ภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคล

โดยการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด ตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ได้ (Walsh, 1996) ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์ จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก สังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังที่บุคคลนั้นประสบอยู่

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์จากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่ง (hermeneutic circle) หมายถึง การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยจะแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน และจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคต นั่นคือ บุคคลจะเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่เขารู้จักดีมาก่อน หรือบุคคลจะเข้าใจในสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยนำประสบการณ์ครั้งใหม่ไปผสมผสานกับประสบการณ์ส่วนอื่นๆ ที่เคยมีมาก่อน (Palmer, 1969 cited in Thaniwattananon, 1995)

นอกจากนี้กาดาเมอร์ (Gadamer) ซึ่งเป็นลูกศิษย์และเพื่อนร่วมงานของไฮเดกเงอร์ ได้เพิ่มเติมแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติคส์อีก 2 ประการที่สำคัญในการทำ ความเข้าใจในประสบการณ์ของบุคคล (Thompson, 1990; Koch, 1995) ได้แก่ ภาษาและการเชื่อมโยงความหมาย

1. ภาษา (language) ซึ่งเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจ ประสบการณ์นั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบภาษาของผู้ให้ข้อมูล และความหมายของภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้

2. การเชื่อมโยงความหมาย (fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจ จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ มีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน ดังนั้น ความเชื่อมโยงของความเข้าใจในความหมายกับผู้ให้ข้อมูล จะช่วยลดอคติต่อผลการศึกษา

ดังนั้นในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติคส์ ผู้วิจัยจะต้องยึดหลักในการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Rinharz, 1983 cited by Streubert & Carpenter, 1995) คือ 1) มีการเข้าใจ ภาษาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และสามารถแปลความหมายของการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลได้อย่างถ่องแท้ 2) นักวิจัยจะไม่ใช้ทัศนคติของตนเองในการตัดสินเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น 3) นักวิจัยจะต้องสืบค้นและหาข้อมูลจากประสบการณ์จริงของบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ต้องการศึกษา (original experience) นักวิจัยจะต้องบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงที่พบเห็น โดยไม่ใส่ความคิดเห็นของตนเอง 4) การเขียนเอกสารการวิจัย ผู้วิจัย

มีหน้าที่วิเคราะห์สังเคราะห์หาความจริง อธิบายรายละเอียดตามความเป็นจริง โดยไม่มีการบิดเบือนความจริงหรือเขียนเกินความเป็นจริง

จากแนวคิดและหลักการของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยคิดว่ามีความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะทำให้ผู้วิจัยสามารถแสวงหาความรู้ เพื่อที่จะนำมาอธิบายโดยเฉพาะเรื่องประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง ตามมุมมองของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจริง จะทำให้ทราบถึงปัญหาต่างๆ ที่ผู้ดูแลประสบ ความรู้สึกต่อปัญหาเหล่านั้น การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีใครทราบดีไปกว่าตัวของผู้ดูแลเอง