บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. อัมพาตครึ่งซีกและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
3. แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม
4. งานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และปัจจัยพื้นฐานของผู้ให้การดูแล

อัมพาตครึ่งซีกและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

อัมพาตครึ่งซีกเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเกิดการคั่งของเลือดในสมอง ซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติการไหลเวียนเลือด หรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ (สุรเกียรติ, 2544) 1) การตีบของหลอดเลือดในสมอง (thrombotic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบซึ่งจะค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อย ในที่สุดจะมีลิ่มเลือดหรือทรอมโบซีส (thrombosis) เกิดขึ้นจนอุดตันหลอดเลือด ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง พบมากในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่น 2) การอุดตันของลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (embolic stroke) ซึ่งเป็นลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมอง ที่พบบ่อย คือ ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหัวใจหลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม เป็นต้น อาการจะเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็วทันทีทันใด ส่วนใหญ่จะเกิดในคนอายุประมาณ 20 - 60 ปี (อรฉัตร, 2544) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบได้ร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Poungvarin,1998 อ้างตาม ภัทรา, 2544) 3) หลอดเลือดในสมองแตก หรือการตกเลือดในสมอง (hemorrhagic stroke) ทำให้เนื้อสมองโดยรอบตาย นับว่าเป็นสาเหตุที่อันตรายร้ายแรง

อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว มักมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโป่งพอง (congenital aneurysm) หลอดเลือดฝอยผิดปกติ (arteriovenous malformation: AVM) เป็นต้น หลอดเลือดผิดปกติเหล่านี้มักจะแตกและทำให้เกิดอัมพาตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน (สุรเกียรติ, 2544) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดเส้นเลือดในสมองแตกพบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (นิพนธ์, 2546) อย่างไรก็ตามความผิดปกติดังกล่าวทั้งหมดจะไม่รวมถึงการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ (นิพนธ์, 2544)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจนเป็นอัมพาตครึ่งซีกนั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน ที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของอัมพาตส่วนใหญ่ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะเครียด ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่จัด และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราเสี่ยงสูง เพศ ซึ่งพบว่าเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เชื้อชาติ ซึ่งพบว่าคนผิวดำมีอัตราการเกิดมากกว่าคนผิวขาว และพันธุกรรม โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้มากกว่าประชาชนทั่วไป (นิจศรี, 2543; นิพนธ์, 2544; Nazarko, 2002)

ผลของพยาธิสภาพที่เกิดจากการตีบ ตัน หรือแตก ของหลอดเลือดสมองดังกล่าว ส่งผลให้สมองส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์สมองตาย (infarct) หรือเกิดการคั่งของเลือดในสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของสมองถูกรบกวนหรือสูญเสียหน้าที่ ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท มีอาการของอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ขนาด และตำแหน่ง ของพยาธิสภาพ รวมถึงระยะเวลาการขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น พยาธิสภาพเกิดในหลอดเลือดสมองซีกซ้ายก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เช่นพูดไม่ได้ (aphasia) หรือพูดไม่ชัด (dysarthria) การอ่านและเขียนหนังสือไม่ได้ และมีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญา เป็นต้น และถ้าเกิดพยาธิสภาพในสมองซีกขวาก็จะเป็นอัมพาตซีกซ้าย และมีความพร่องด้านความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย เป็นต้น (สุรเกียรติ, 2544; Hayn & Fisher, 1997; Phipps, 1991) บางกรณีสมองขาดเลือดชั่วคราวเวลาไม่เกิน 10 - 15 นาที และมีความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ที่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (Transcient Ischemic Attack: TIA) หรือมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่จะหายอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible Ischemic Neurological Deficit: RIND) และในบางรายจะ

มีอาการของโรคมากขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งอาจเนื่องจากหลอดเลือดตีบ ตัน หรือแตก อาจเกิดภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพอย่างอื่นร่วมด้วย และในบางรายพบผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทคงที่นานเกิน 24 - 72 ชั่วโมง (complete stroke) (นิจศรี, 2541; นิพนธ์, 2544; Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995 อ้างตามสุดศิริ, 2541)

สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่มีการทำงานสลับซับซ้อน และทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนั้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้นมาในสมอง ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและทำให้เกิดปัญหาดังต่อไปนี้ (จอม, 2540; เจียมจิต, 2544 ก; นิพนธ์, 2544; พรชัย, 2540; Leahy, 1991; Phipp, 1991; Tossapornpong, Sukvanachaikul, & Bunnag, 1991; Swearingen & Ross, 1999)

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิสภาพของบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงของพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อของอวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตา การเคี้ยว และการพูด โดยมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อดังนี้

1.1.1 การควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเมดัลลาและสมองส่วนกลาง เปลือกสมองหรือสมองน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายที่ตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนและขาหนักยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ซึ่งการอ่อนแรงของแขนและขาประเมินจากกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle strength) โดยแบ่งได้เป็น 5 เกรด จากมากไปหาน้อย ดังนี้ เกรด 5 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่ เกรด 4 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวต้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่ เกรด 3 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ (ยกแขนยกขาได้) แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ เกรด 2 หมายถึง กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ เกรด 1 หมายถึง กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆได้ เกรด 0 หมายถึง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย (ชัยชน , 2543; Hayn & Fisher, 1997) ซึ่งในระยะต่อมาจะเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้เห็นลักษณะที่ผิดปกติของแขนขาชัดเจน เช่น ข้อศอกงอวางอยู่ด้านหน้าลำตัว กำมือ งอข้อมือ และขาเหยียด นอกจากนี้มีอาการอ่อนแรงของลำตัว ทำให้ไม่สามารถตั้งตัวและศีรษะให้ตรงตามแนวปกติของร่างกายได้ ศีรษะจะเอียงมาทางด้านที่เป็นอัมพาต ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถนั่ง เดิน หรือทำกิจกรรมอื่นๆได้ตามปกติ

จากความผิดปกติของการเคลื่อนไหวดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ (เจียมจิต, 2544 ก; ฟาริดา, 2539)

1) ข้อติดแข็ง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังข้อต่างๆ ทำให้เกิดข้อติดแข็ง อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และมีอาการปวดในเวลาต่อมา

2) แผลกดทับ มีสาเหตุมาจากการนอนอยู่ท่าเดียวนานๆ ผิวหนังและกล้ามเนื้อทำหน้าที่ได้ลดลง การไหลเวียนเลือดไม่ดีเหมือนคนปกติ อาจเกิดแผลขึ้นตามปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ตะโพก ตาตุ่ม สะบัก เป็นต้น และถ้าได้รับการดูแลไม่ดีแผลจะลุกลามขยายใหญ่ขึ้น หรืออาจเกิดการติดเชื้อตามมา

3) ข้อไหล่เคลื่อน จากการที่น้ำหนักแขนข้างที่เป็นอัมพาตถูกดึงลงตามแรงโน้มถ่วง และถ้าผู้ดูแลปล่อยให้ผู้ป่วยห้อยแขนตกลงโดยไม่มีที่รองรับ หรือพยุงแขน หรือดึงแขนผู้ป่วยข้างที่เป็นอัมพาตก็จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อไหล่ปวดและบวมได้

1.1.2 การควบคุมการมองเห็น จากผลของพยาธิสภาพเป็นผลให้การควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาลดลง ซึ่งจะมีผลต่อการมองเห็นภาพ และนอกจากนี้ยังมีผลต่อการรับภาพ คือ ไม่สามารถจำหรือแยกแยะวัตถุหรือสิ่งของที่คุ้นเคยได้ มีความลำบากในการแปลความการกำหนดระยะทาง รูปร่าง ขนาด สี และความเร็ว มีความผิดปกติของการมองเห็นและลานสายตาที่พบบ่อยคือการมองเห็นภาพซ้อน และตาบอดครึ่งซีก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นในซีกที่เป็นอัมพาตได้ ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการนั่งหรือยืนของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

1.1.3 การควบคุมการเคี้ยวและการกลืน จากพยาธิสภาพมีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว การกลืน ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นสูญเสียหน้าที่ และมีการสูญเสียรีเฟลกซ์การขย้อน (gag reflex) ร่วมกับการอ่อนแรงของใบหน้า ทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารและกลืนลำบาก เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักน้ำหรืออาหารได้ เช่น ปอดอักเสบ เป็นต้น หรือทำให้รับประทานอาหารได้น้อยอาจส่งผลให้เกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลได้

1.1.4 การควบคุมการพูด จากปัญหาอัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า หรือจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวริมฝีปาก และลิ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับการพูดส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนพาไรทอล (parietal lobe) ของสมองซีกซ้าย (dominant hemisphere) ที่ทำหน้าที่ในการคิด การเข้าใจ และถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด รวมทั้งการเข้าใจในภาษาพูด ภาษาเขียน และอ่านได้ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ

การพูดซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ 1) ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (motor or expressive aphasia) ผู้ป่วยพูดไม่ได้ทั้งๆที่เข้าใจภาษาพูดและต้องการที่จะพูด หรือบางรายพูดไม่คล่อง ผิดไวยากรณ์ หรือเลือกใช้คำพูดไม่ถูกต้อง พูดตามไม่ได้ เป็นต้น 2) ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) ผู้ป่วยสามารถพูดได้ แต่พูดแล้วผู้ฟังไม่รู้เรื่อง เพราะผู้ป่วยเองก็ไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) แม้จะไม่มีปัญหาในเรื่องการได้ยิน และไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia) ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของตนได้

1.2 ความผิดปกติในการรับความรู้สึกและการรับรู้ โดยปกติการรับความรู้สึกสามารถทำได้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง แต่เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับสมองส่วนพาไรทอล (parietal lobe) ของสมองซีกขวา (non - dominant hemisphere) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ ผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกจากส่วนต่างๆของร่างกายย่อมมีผลให้เกิดปัญหาด้านการรับรู้ เช่น

1.2.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนและความเย็นผิดปกติทำให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งหรือจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกไม่ถูก จากปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายต่อผิวหนังได้ เช่นผิวหนังพอง ไหม้ จากการถูกของร้อนเกินไป หรือเย็นเกินไป หรืออาจเป็นผิวหนังช้ำจากแรงกดมากเกินไป

1.2.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสมดุลของร่างกาย โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความสมดุลจากร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้กลัวว่าจะหกล้มจนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.2.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้เวลา บุคคล และสถานที่ ทำให้สับสน ไม่รู้จักสถานที่ เวลา และบุคคล จากการที่มีการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริงดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.3 ความผิดปกติในการขับถ่าย ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดกับการถ่ายอุจจาระ คือ อาการท้องผูก ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับที่นานๆ มีการเคลื่อนไหวลดลง รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย สำหรับปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะส่วนใหญ่ คือการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ บางรายมีปัสสาวะคั่งค้าง ถ่ายไม่หมด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะตามมา

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่พบบ่อยคือความต้องการทางเพศลดลง ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของโคพีลัยเนนและนีมิเนน

(Korpelainen & Nieminen, 1999) ที่ศึกษาถึงปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองและคู่สมรส พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องมาจากความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชาย การไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง เป็นผลให้ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง เป็นต้น

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ จากข้อจำกัดด้านร่างกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ส่งผลกระทบด้านอารมณ์และจิตสังคมเป็นอย่างมาก (สุดศิริ, 2541) ทำให้รู้สึกเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตลดลง บางรายอาจมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ คือ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์เศร้า หรืออารมณ์ขัน และบางรายมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก 1) ความผิดปกติด้านอัตมโนทัศน์ / ภาพลักษณ์ (self – concept / body image disturbance) ในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ตามมา ที่พบคืออารมณ์ซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดความภาคภูมิใจในตนเอง 2) การสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้อย่างอิสระ ต้องตกอยู่ในความดูแลหรือความรับผิดชอบของผู้อื่น ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตต้องผิดไปจากเดิมทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวังหดหู่ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุร่วมจากการสูญเสียอาชีพ และทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา

3. ปัญหาทางด้านสังคม จากสภาพปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพและบทบาทภายในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนแปลงจากหัวหน้าครอบครัวกลายเป็นผู้ต้องพึ่งพา ทำให้หมดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง และถ้ายิ่งสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ได้ จะยิ่งส่งผลถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม คือ มีเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และอัตมโนทัศน์ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าเหว่ ขาดที่พึ่ง สิ้นหวัง และซึมเศร้ามากขึ้น

จะเห็นว่าผลกระทบจากอัมพาตครึ่งซีก ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆแก่ผู้ป่วยมากมาย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือบางรายไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความพร่องในการดูแลตนเอง สาเหตุจากมีพยาธิสภาพในสมอง ดังกล่าวมาแล้ว จึงทำให้การดูแลตนเองมีขีดจำกัด และต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือผู้ใกล้ชิด เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลดังกล่าวจึงต้องสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ดังต่อไปนี้ (จอม, 2540; เจียมจิต 2544 ข., 2544 ค., 2544 ง.; ทิพมาส, 2545; น้อมจิตต์, 2544; เพลินตา, 2544; สุดศิริ, 2541; Haynp & fisher, 1997; Orem, 1995; Scherer, 1991)

1. การดูแลให้ได้รับ อากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพราะอากาศ น้ำ และอาหารเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1.1 ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ได้รับการเจาะคอ และใส่ท่อทางเดินหายใจขณะกลับไปอยู่บ้าน การดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ กิจกรรมการดูแลประกอบด้วยการช่วยขจัดเสมหะเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ และดูแลให้ไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ ภาชนะใส่สายยางภายหลังดูดเสมหะแล้ว และภาชนะสำหรับใส่เหล็กต้ม (inner tube) โดยผู้ดูแลจะต้องจัดสถานที่ และวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะดวกต่อการใช้ นอกจากนี้ต้องคอยดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น หายใจเร็ว หอบ เสมหะมีสีเขียว และมีไข้ เป็นต้น

1.2 ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 ซี.ซี. โดยเฉพาะในรายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับน้ำ กิจกรรมการดูแลประกอบด้วยการจัดอุปกรณ์ให้สะดวกแก่การดื่มน้ำ หรือวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบได้สะดวก และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มากเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารอย่างเพียงพอ โดยให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมและได้พลังงานประมาณ 20 - 30 กิโลแคลอรี่ / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม / วัน (วิมลรัตน์, 2543) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องเลือกให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย และเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ อุณหภูมิไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป กลิ่นอาหารจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหารได้ ถ้าเป็นอาหารเหลวควรมีความเข้มข้นพอเหมาะ เช่น ซุปข้าวโพด โจ๊ก จะช่วยให้กลืนง่าย ไม่สำลัก ในการดูแลควรป้อนอาหารครั้งละน้อยๆ เข้าทางปากข้างที่ไม่มีพยาธิสภาพ การรับประทานอาหารไม่ควรเร่งรีบ และให้ดื่มน้ำตามหลังรับประทานอาหารเพื่อให้การกลืนสะดวกยิ่งขึ้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยตักอาหารเองได้ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตักอาหารด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยมืออ่อนแรงข้างที่ถนัดให้ฝึกใช้มืออีกข้างหนึ่งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง โดยจัดอุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ ให้อยู่ใกล้มือที่ใช้ตักอาหาร และก่อนรับประทานอาหารควรทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อเป็นการกระตุ้นความรู้สึกอยากอาหารและกระตุ้นต่อมน้ำลายซึ่งจะช่วยในการกลืน รวมทั้งทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกครั้งเพื่อไม่ให้เศษอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มข้างที่เป็นอัมพาต (อุไรและพัชรียา, 2545) สำหรับกรณีใส่สายให้อาหารทางจมูก ผู้ดูแลต้องมีการเตรียมอาหารที่ถูกต้อง ให้อาหารอย่างถูกวิธี และต้องดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยในแต่ละวันควรได้รับอาหารที่มีคุณค่าประมาณ 25 - 30 กิโลแคลอรี่ / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม / วัน (วิมลรัตน์, 2543) ปริมาณอาหารที่ให้แต่ละมื้อประมาณ 200 - 300 ซี.ซี. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย จำนวนมื้อ การย่อย และระยะห่างของเวลาที่ให้ และควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหลังจากให้อาหารแต่ละครั้งประมาณครึ่งชั่วโมง (อุไรและพัชรียา, 2545)

2. การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอาจเกิดปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะจากกลไกการถ่ายปัสสาวะสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะไม่ออก หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังนั้นการดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ สำหรับผู้ชายให้ใส่ถุงรองน้ำปัสสาวะ และผู้หญิงให้ใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ ส่วนผู้ป่วยที่สามารถปัสสาวะได้เองควรกระตุ้นให้ฝึกการถ่ายปัสสาวะตามโปรแกรมที่กำหนด คือ ทุก 2 - 3 ชั่วโมง โดยการเสริฟหม้อนอนหรือพาไปห้องน้ำ และที่สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายทุกครั้ง นอกจากนี้ต้องดูแลการดื่มน้ำให้เพียงพอ เพราะการดื่มน้ำน้อยทำให้ปัสสาวะเข้มและมีปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะตามมาได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ต้องได้รับการดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก มิให้มีการหัก พับ หรืองอของสาย รวมทั้งมีการฝึกการถ่ายปัสสาวะ (bladder training) เพื่อทำให้กระเพาะปัสสาวะยืดขยาย และหดได้ตามปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง โดยการปิด-เปิดสายสวนทุก 2 ชั่วโมง และค่อยๆ เพิ่มเวลาการปิด-เปิด เป็น 3 - 4 ชั่วโมง ถ้าได้ผลดีให้ปิด-เปิดสายสวนปัสสาวะเมื่อเวลาปวดถ่ายปัสสาวะ หลังจากนั้นถอดสายสวนออกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง แล้วค่อยๆเพิ่มเวลาเป็น 3 - 4 ชั่วโมง (กนกวรรณ, 2544; สาลิกา และ สุภาวดี, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลต้องสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าพบปัสสาวะขุ่น มีตะกอน ต้องให้ดื่มน้ำมากขึ้น อย่างน้อยวันละ 2,000 ซี.ซี. หากมีปัสสาวะขุ่นร่วมกับมีไข้ ให้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที

ส่วนปัญหาการถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีอาการท้องผูกได้ง่ายจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอเพราะกลืนลำบาก หรือเบื่ออาหาร

เป็นต้น ดังนั้นการดูแลเพื่อให้ระบบการขับถ่ายอุจจาระทำงานเป็นปกติ สามารถทำได้โดย 1) ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาจนเป็นนิสัย รวมทั้งจัดท่าทางให้เหมาะสม เช่น จัดให้ถ่ายในท่านั่ง เนื่องจากขับถ่ายสะดวกกว่าท่านอน และฝึกการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมด้วยขณะทำการเบ่ง อีกทั้งให้เวลาเพียงพอในการขับถ่ายอุจจาระ 2) กระตุ้นให้ออกกำลังกายบนเตียง เช่น การยกมือ ยกขา ยกตะโพก พลิกตะแคงตัว (เทอดขวัญ และทัศนีพร, 2545) เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้การนวดหน้าท้องตามเข็มนาฬิกา และการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องจะช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น และ 3) ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีกากใย มีการดื่มน้ำเพียงพอ และควรดื่มน้ำมะขาม น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำมะเขือเทศ น้ำสับปะรด หรือน้ำเต้าหู้ ประมาณ 1 - 2 แก้ว / วัน โดยเฉพาะมื้อเย็นหรือก่อนนอน เพื่อส่งเสริมการขับถ่ายให้ดีขึ้น

3. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ทั้งนี้เพื่อความสะอาดของร่างกาย และป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งจะต้องช่วยดูแลตั้งแต่ความสะอาดในช่องปาก ผม ศีรษะ ผิวหนัง และเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น ส่วนในรายที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยผู้ดูแลจะช่วยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

4. การดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกบางรายมีแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไป ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยตื่นกลางวัน และหลับได้ในตอนกลางคืน ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับสบาย และลดสิ่งรบกวน เช่น ลดเสียงและแสงสว่างในตอนกลางคืน ขจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนนอน และจัดให้ทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน รวมทั้งจัดท่านอนที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น

5. การดูแลในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร หรือสื่อความหมายกับผู้อื่นไม่เข้าใจ เนื่องจากปัญหาพูดไม่ได้ (motor aphasia) ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด (sensory aphasia) หรือทั้งพูดไม่ได้และไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด (receptive expressive aphasia) รวมทั้งมีความพร่องในการเลือกใช้คำที่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นเพื่อเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการแสดงออกเพื่อการสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ดูแลควรให้การยอมรับและแสดงความเห็นใจ เข้าใจในสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวนานๆ ควรคอยสังเกตการใช้ความพยายามในการสื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถของตนเองในการแสดงออก ให้เวลาในการพูด และถ้าจะให้ผู้ป่วยทำอะไรควรบอกทีละคำ ใช้ประโยคสั้นๆ และในบางรายที่พูดไม่ได้หรือได้เล็กน้อยอาจจะต้องมีการใช้รูปภาพ หรือให้เขียนแทน

6. การดูแลเพื่อฟื้นฟูด้านสติปัญญา ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกบางรายอาจมีความพร่องด้านความคิดหรือความจำ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูด้านการใช้สติปัญญา ผู้ดูแลควรแนะนำเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น โดยให้เวลาในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ และซักถามถ้าไม่เข้าใจ

7. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ จากการที่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเกิดการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น แขน ขา ซีกหนึ่งซีกใดอ่อนแรง ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบหรือข้อติดแข็ง รวมทั้งเป็นการพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและการพัฒนาศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด กิจกรรมการดูแลมีดังนี้ (วิภาวรรณ และ ช่อลดา, 2541)

7.1 การบริหารร่างกาย โดยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่างๆ เช่น สะบัก หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ฝ่าเท้า นิ้วมือ ข้อตะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า นิ้วเท้า และลำตัว การบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย (passive exercise) ควรเริ่มให้เร็วที่สุดหลังจากผู้ป่วยมีอาการของอัมพาตครึ่งซีก และหลังจากนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายด้วยตนเอง (active exercise) โดยให้ผู้ป่วยบริหารแขนขาข้างที่ดีเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ และฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต โดยใช้แขนขาข้างที่ดีช่วย

7.2 ฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง โดยฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงไปมาบนเตียงด้วยตัวเอง ดังเช่น เมื่อจะตะแคงตัวไปด้านดีให้ใช้ขาข้างดีซ้อนขาข้างอัมพาต มือข้างดีจับมือข้างอัมพาตวางบนอกแล้วพลิกตะแคงมาข้างดี และเมื่อต้องการตะแคงมาด้านที่เป็นอัมพาต ใช้มือข้างดีดึงราวข้างเตียงด้านที่เป็นอัมพาตแล้วเอียงตัวไปพร้อมกับขาข้างดี

7.3 ฝึกการทรงตัวในท่านั่งและยืน ในระยะแรกๆให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง หรือนั่งพิง เพื่อปรับตัวก่อน เมื่อไม่มีอาการความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ฝึกให้นั่งข้างเตียงโดยไม่พิงอะไร เท้ายันพื้น เมื่อนั่งทรงตัวได้ดี ฝึกทรงตัวในท่ายืนต่อไป

7.4 ฝึกการเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การลุกจากที่นอนมานั่งข้างเตียง การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปเก้าอี้หรือรถเข็น และการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นมานั่งที่เตียง เป็นต้น

7.5 การฝึกยืนและเดิน เมื่อผู้ป่วยทรงตัวได้ดีให้ฝึกเดินในราวคู่ (parallel bars) ถ้ามือทั้ง 2 ข้างมีกำลังดีให้จับราวทั้ง 2 ข้าง ถ้ายังอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งให้ใช้มือข้างที่ดีจับราวข้างหนึ่งโดยมีผู้ฝึกอยู่ด้านอัมพาตของผู้ป่วยและจับผู้ป่วยบริเวณเอว เมื่อผู้ป่วยเดินได้มั่นคงแล้วให้เดินนอกราว ซึ่งอาจจะเดินโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน หรือใช้วอล์คเกอร์ (walker) ไม้เท้า 4 ขา (quadcane) ไม้เท้า 3 ขา หรือไม้เท้าขาเดียว แล้วแต่ความมั่นคงในการเดินของผู้ป่วย

7.6 ฝึกการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยการทำงานของแขนและมือเป็นหลัก ดังนั้นควรเริ่มฝึกเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และรู้สึกตัวดีพอที่จะรับการฝึกได้

8. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านอาจมีปัญหาด้านภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อระบบต่างๆ เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ เป็นต้น จากผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านของชนิตา และคณะ (2537) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมาคือการติดเชื้อทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้อาจเกิดอุบัติเหตุจากความพร่องด้านการใช้กำลังของกล้ามเนื้อ เช่น อาจตกเตียง หรือหกล้มได้ ซึ่งการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุมีดังต่อไปนี้

8.1 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซึ่งมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเคลื่อนไหวได้น้อย ประกอบกับต้องนอนอยู่กับที่นานๆ อาจทำให้เกิดแผลกดทับจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นได้ไม่ดี ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลควรเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ตรวจดูบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า มีหมอนนุ่มๆ รองตรงปุ่มกระดูก ข้อพับ และจัดให้มีหมอนรองข้อมือในท่าที่ถูกต้อง รวมทั้งดูแลไม่ให้ปลายเท้าตกโดยให้มีไม้กระดานยันปลายเท้าไว้ และยังป้องกันไม่ให้ข้อตะโพกแบะออก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และส่งผลให้เดินไม่ได้ในเวลาต่อมา (รัชฎา, 2541) นอกจากนี้ต้องดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด และมีความชุ่มชื้นพอเหมาะอยู่เสมอ ดูแลให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึงและแห้งสะอาด รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ และสารอาหารอย่างเพียงพอ (Hegner & Needhan, 2002)

8.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนกับที่นานๆ จึงทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ และการติดเชื้อที่พบได้บ่อยคือ ภาวะปอดอักเสบ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Leahy, 1991) การเกิดภาวะปอดอักเสบอาจเนื่องมาจากการสำลัก การนอนนานๆทำให้การระบายเสมหะทำได้ไม่ดี ดังนั้นการดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ กระทำโดยการเคาะปอด การดูดเสมหะ และการพยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัว ทุก 1 - 2 ชั่วโมง พยุงให้ลุกนั่ง พยุงให้เดิน เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถไอ ต้องกระตุ้นให้ไอเพื่อขับเสมหะออก และฝึกให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะในผู้หญิง ถ้าผู้ดูแลไม่มีความรู้จะทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกวัน

อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น หรือทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งคอยสังเกตอาการไข้ หรือปัสสาวะสีขุ่น ซึ่งแสดงถึงการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

8.3 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มีการทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือบางรายมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ รวมทั้งจากการมองเห็นที่ผิดปกติ และมีการตัดสินใจ กระบวนการคิด และความจำเสื่อมสมรรถภาพ ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มมีดังนี้ ผู้ดูแลควรจัดทำราวให้ผู้ป่วยเกาะ ปรับพื้นบ้านให้อยู่ในระดับเดียวกัน แสงสว่างภายในบ้านควรมีอย่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของไม่ให้เกะกะ และเก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายให้พ้นมือ ห้องน้ำต้องดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ มีแผ่นรองกันลื่นเพื่อป้องกันการหกล้ม มีม้านั่งสำหรับอาบน้ำ มีราวเกาะให้ลุกยืน ถังใส่น้ำควรมีระดับน้ำสูงพอให้ผู้ป่วยตักเองได้ สำหรับห้องส้วมหากไม่ใช่ส้วมชนิดโถนั่งควรใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลางให้สามารถนั่งถ่ายได้ เป็นต้น (สุภาณี และฤทัยพร, 2544)

9. ผู้ป่วยที่รับยารักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายแพทย์จะให้ยาวอร์ฟาริน (warfarin) เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือน และหลังจากนั้นจะให้ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Monahan & Neighbor, 1998) ซึ่งในผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจให้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตร่วมด้วย โดยให้ยาผู้ป่วยไปรับประทานต่อที่บ้าน และนัดผู้ป่วยมาตรวจและติดตามดูอาการเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลบางรายเสาะแสวงหาวิธีการรักษาแผนโบราณมาทดลองกับผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น การนวดหรือจับเส้นจากหมอบ้าน ร่วมกับต้มยาสมุนไพรดื่ม หรือประคบยาสมุนไพร (สุดศิริ, 2541) ซึ่งการดูแลดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยแต่อย่างใด

10. การดูแลด้านจิตใจ และสังคม ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ โดยการแสดงความรัก ความห่วงใย ให้ความสำคัญและคงความเคารพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าแก่ครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของมัคเลนแคม และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยนั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบด้านอย่างเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น (กาญจนา, 2536) แต่ก็ควรระมัดระวังในการให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยท้อถอยได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องยอมรับและเข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งหมั่นสังเกต ให้การดูแลเอาใจใส่ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น (อรศิลป์, 2542) ทั้งนี้ผู้ดูแลควรยึดหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการมีสังคม คือต้องการพบปะพูดคุยกับคนอื่นๆบ้าง ต้องการรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นรอบตัว ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนที่คุ้นเคยและรู้ใจ รวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวตามปกติ และคงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ การฟังข่าว หรือฟังเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ รวมทั้งการสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน เป็นต้น

จะเห็นว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่กล่าวมามีหลายด้าน และมีความซับซ้อน เนื่องมาจากผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการการเอาใจใส่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลต้องพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยลดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และสูญเสียเวลาในการที่ต้องนำผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม

แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เกิดจากการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง ต้องใช้ความสามารถในการดูแลของบุคคลอื่นมาเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลในส่วนที่พร่องนั้น โอเร็ม (Orem, 2001) ได้อธิบายไว้ว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ทารก เด็ก ผู้ใหญ่ในบางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้อื่นนั้น ผู้ที่ให้การดูแล (dependent care agent) จะต้องใช้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ ส่งเสริมให้แต่ละบุคคลสามารถผ่านพ้นระยะของการพึ่งพาไปได้ เป็นต้น (Taylor, Renpenning, , Geden, Neuman, & Hert, 2001)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (สมจิต, 2534) ดังนั้นโครงสร้างการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจึงมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for dependent - care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองของบุคคลที่ต้องให้การดูแล และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมาย รวมทั้งความต้องการในการปรับการดูแล

1.2 การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่จำเป็นในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมโยง การรับรู้และการกระทำอย่างจงใจของผู้ดูแลเพื่อการดูแลบุคคลที่พึ่งพา ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วๆไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อบุคคลที่พึ่งพา ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.5 แรงจูงใจในการให้การดูแลบุคคลที่พึ่งพา เช่น มีเป้าหมายในการดูแลที่สอดคล้องกับคุณสมบัติ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่พึ่งพาและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่พึ่งพาจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำการติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.9 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.10 ความสามารถที่จะดูแลบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) โดยทั่วๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรู้

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเองในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

3.8 ความห่วงใยในตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

3.9 การยอมรับตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักการแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

จะเห็นว่าหากบุคคลพร่องในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งในที่นี้คือผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลให้ลดภาระการพึ่งพาต่อไปได้ในอนาคต

งานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และปัจจัยพื้นฐานของผู้ให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งการศึกษาเชิงบรรยาย เช่น ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย (สุรีรัตน์, 2541) ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จอม, 2540) และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน (จินตนา, 2540) เป็นต้น การศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (นันทพร, 2545) การศึกษาแบบกึ่งทดลอง เช่น ศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแล (จารึก, 2544) ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (จินนะรัตน์, 2540) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล (สุดศิริ, 2541) ซึ่งผลการวิจัยที่เห็นว่ามีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

จารึก (2544) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการสอนตามกิจวัตร และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่าย และผู้ดูแลได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือเมื่อแรกรับไว้รักษาและก่อนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีการสอนตามกิจวัตร ($p < .05$) และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย แสดงว่าการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

จินนะรัตน์ (2540) ได้ศึกษาถึงผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผน และกลุ่มควบคุม 20 รายที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามปกติ พบว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ทั้งนี้โดยประเมินจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างการดูแล

อารมณ์ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างละ 50 คน ที่มารับรักษา ณ แผนกอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลตากสิน ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และจากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงสุดกล่าวคือสูงกว่าก่อนและหลังเตรียมความพร้อม

สุดศิริ (2541) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มละ 15 ราย จากโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ ผลการวิจัยพบรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยมี 4 ระยะ คือ ตั้งตัวไม่ติด / คิดไม่ออก หัวเลี้ยวหัวต่อ แสวงหา / ปรับวิธีการใหม่ และชีวิตที่ลงตัว 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน โดยประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล พัฒนาความสามารถในการดูแล และการจัดการตัวเองเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลและการปรับบทบาทเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างยั่งยืน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล การมีส่วนร่วมในการรับรู้และการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ความหวัง และการช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดัดแปลงหรือปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ 4) ความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการการดูแล และสามารถปรับวิถีชีวิตให้การดูแลเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต และ 5) ผลลัพธ์ของการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตามระดับความสามารถสูงสุดที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ ดังนั้นจะเห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ดูแลจำต้องปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลอยู่ตลอดเวลา

จอม (2540) ได้ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถโดยรวม

ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี ผู้ดูแลมีการเรียนรู้จาก 2 วิธี คือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และการศึกษาหาข้อมูลหรือความรู้ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม และความเหมาะสมของผู้ดูแลหรือเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรคนโต อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะ สามารถรับผิดชอบ และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแล ส่วนผู้ดูแลหลักที่เป็นเพศชายทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย และผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังให้เหตุผลว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าญาติพี่น้องคนอื่นๆ นอกจากนี้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนมักจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าคนอื่นๆ

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นการวางแผนจำหน่าย (จารึก, 2544) การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล (จินนะรัตน์, 2540) การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน (อารมณ์, 2540) ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุดศิริ, 2541) มีผลในทางบวกต่อความสามารถหรือศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับอยู่ที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของจารึก (2544), จินนะรัตน์ (2540) และอารมณ์ (2540) ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองไม่ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถหรือศักยภาพของผู้ดูแล ดังที่โอเร็ม (Orem, 1995) ได้กล่าวว่าความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ดังนั้นแม้ว่าผลจากการศึกษาดังกล่าวซึ่งประเมินจากความสามารถของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะอยู่ในระดับค่อนข้างดีก็ตาม แต่เมื่อกลับไปอยู่ในสถานการณ์ที่บ้าน ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลายาวนาน และความแตกต่างของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ตลอดจนปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล จึงทำให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับงานวิจัยของสุดศิริ (2541) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย

และผู้ดูแลแต่ละราย ก็ยังไม่สามารถให้แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการจัดการกับปัจจัยพื้นฐานแต่ละปัจจัยได้ โดยเฉพาะปัจจัยที่มีความสำคัญซึ่งได้ผ่านการทดสอบจากงานวิจัยในอดีตมากมายว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ หรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (เฉลิม, 2539; เพียงใจ, 2540; มณี, 2539; ยุพาพิน, 2539; วรวรรณ, 2540; สกาวรัตน์, 2538; อัจฉรียา, 2534; อุบล, 2540; อรทัย, 2538; อุมา, เอมอร,รุ่งทิพย์ และภัทราวดี, 2535; Mark, 1996; Scott-Bear, 1993; Wright, et al., 1996)

ส่วนการศึกษาที่สนับสนุนการเลือกปัจจัยพื้นฐานบางประการในการศึกษาครั้งนี้ อันได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเจาะจงในเรื่องดังกล่าว งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบจะศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของเฉลิม (2539) และการศึกษาของอัจฉรียา (2534) แต่ยังมีงานวิจัยที่พบความขัดแย้งว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย คือ การศึกษาของวรวรรณ (2540) สกาวรัตน์ (2538) และการศึกษาของแกฟฟ์เนย์และมอร์ (Gaffney & Moore, 1995) ดังนี้

เฉลิม (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่มาติดต่อรับการรักษาที่แผนกเด็กโรงพยาบาลราชานุกูล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 80 ราย ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ($p < .05$) อัจฉรียา (2534) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โฟบลาส (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคดังกล่าวที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 4 ($p < .05$)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของวรวรรณ (2540) ที่ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคธาลาสซีเมียที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเลือดเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 81 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแล ($r = -.22$, $p < .05$) และการศึกษาของ

สกาวรัตน์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของมารดา ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค (Nephrotic Syndrom) และโรคหอบหืด ที่พาบุตรมาติดตามการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จินตนา (2543) ซึ่งศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 140 ราย ผลพบว่า อายุของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้านได้ และจากการศึกษาของแกฟฟ์เนย์ และมอร์ (Gaffney & Moore, 1995) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลเด็กอายุ 1 - 16 ปี จำนวน 380 ราย ผลการวิจัยพบว่าอายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเด็ก ($r = -.15, p < .01$)

การศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของอรทัย (2538) มณี (2539) สกาวรัตน์ (2538) อัจฉรียา (2534) และวรวรรณ (2540) แต่ยังมีงานวิจัยที่พบข้อขัดแย้งว่าการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย คือการศึกษาของเฉลิม (2539) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

อรทัย (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ($p < .01$) มณี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดา กับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มเด็กวัย 5 ขวบปีแรก และกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับการคลอดจากโรงพยาบาลสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างละ 107 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กสูงกว่าตัวแปรอื่นๆ และสามารถอธิบายความแปรปรวนในความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดาได้ร้อยละ 22.88 ($r = .60, p < .01$) โดยระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สกาวรัตน์ (2538) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ($r = .29, p < .01$) และระดับการศึกษาสามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 8.38 ($p < .01$) อัจฉรียา (2534) ซึ่งพบว่า ระยะเวลาในการศึกษาของ

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โฟบลาส และระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 5 ($p < .01$) และการศึกษาของวรวรรณ (2540) ซึ่งพบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กโรคธาลาสซีเมีย และสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลเด็กได้ร้อยละ 15.3 ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของเฉลิม (2539) ซึ่งพบว่าการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ

เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแลกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแลที่มีผลต่อการปรับตัว การเผชิญปัญหา การรับรู้ภาระการดูแล ซึ่งตัวแปรดังกล่าวนี้จะมีผลต่อศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระจะมีความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยลดลง (จันทร์เพ็ญ, 2536) เป็นต้น งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแล และพบความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆดังกล่าว คือ การศึกษาของสก๊อต (Scott-Bear, 1993) และการศึกษาของแคเร่และคณะ (Carey, et al., 1991) แต่ก็ยังพบว่ามีข้อขัดแย้งกับงานวิจัยอื่นๆ ดังเช่น งานวิจัยของเพียงใจ (2540) และนิตยา (2537) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สก๊อต (Scott-Bear, 1993) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาภาระการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของคู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาโดยฉายรังสีหรือให้เคมีบำบัด จำนวน 113 คน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยารับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี และผู้ที่เป็นภรรยาสามารถปรับตัวและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่เป็นสามี และการศึกษาของแคเร่และคณะ (Carey, et al., 1991) ที่ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 49 ราย พบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีความยากลำบากในการทำกิจกรรม และใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้านมากกว่าเพศหญิง

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาดังกล่าวยังพบความแตกต่าง จากการศึกษาของเพียงใจ (2540) ที่ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล และไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ และการศึกษาของนิตยา (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่ทำให้ญาติมีการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลแตกต่างกัน

การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น อัจฉรียา (2534) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โฟบลาสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของเฟื่องลดา (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเฉพาะภาระเชิงปรนัย (ความยุ่งยากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลทั้งภาระเชิงปรนัย และเชิงอัตนัย (ความรู้สึก หรือการรับรู้) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมาจากหลายแหล่งด้วยกัน เช่น จากบุคคลในครอบครัว จากกลุ่มเพื่อน กลุ่มองค์กรทางศาสนา กลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Pender, 1996)

การสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (Taylor, 1989 อ้างตามสมจิต, 2534) โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวด้านการช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 24.50 ยังไม่มีผู้ช่วยดูแล (ชนิตา และคณะ, 2537) และผู้ดูแลมีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามีความวิตกกังวลร้อยละ 86.40 รองลงมาไม่ได้ออกกำลังกายและเบื่อหน่าย ร้อยละ 69.10 และ 56.40 ตามลำดับ และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่อาศัยในครอบครัวขยาย หรือครอบครัวที่มีบุตรวัยแรงงานหลายคน สมาชิกจะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและช่วยแบ่งเบาภาระอีกทั้งช่วยแก้ไขปัญหาให้กับผู้ดูแลด้วย แต่จากการศึกษาของ สายพิณ, สมจิต, ทัศนา, สุจิตรา, และธวัธชัย (2537) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่า ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีใครช่วยดูแลสามี ภรรยาจึงต้องรับภาระหนักในการดูแล

ระยะเวลาในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของอรทัย (2538) และ อัจฉรียา (2534) สำหรับการศึกษาที่พบความแตกต่าง คือ การศึกษาของวรวรรณ (2540) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อรทัย (2538) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ($r = .25$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรียา (2534) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 7 ($p < .01$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของของวรวรรณ (2540) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลเด็ก ($r = -.25$, $p < .05$)

ภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยพบงานวิจัยที่สำคัญดังนี้ สุดศิริ (2541) ซึ่งได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และพบว่าถ้าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ระดับหนึ่งซึ่งสุดศิริเรียกว่าการเข้าสู่วงจรชีวิตที่ลงตัว ผู้ดูแลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ทำให้ไม่เกิดปัญหาสุขภาพที่จะมาเป็นอุปสรรคหรือขีดจำกัดในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สายพิณ และ ประอรนุช (2538) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.96 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระดูกสันหลังและข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ปวดศีรษะไมเกรน ภูมิแพ้ ลมชัก ความดันโลหิตต่ำ และโรคหัวใจ ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงการมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยมากมายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 39 - 60 ปี (จอม, 2540; สุรีรัตน์, 2541; จินตนา, 2540) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่พบโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมากในคนไทย และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2543) ดังนั้นภาวะสุขภาพซึ่งประเมินจากการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจศึกษาเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวต่อศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มกลับไปอยู่บ้านผู้ดูแลมักพบกับภาวะเครียด และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น เหนื่อยหน่าย หงุดหงิด ภาวะสุขภาพทรุดโทรม และลืมสนใจตนเอง เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ, 2536; นันทพร, 2545; สายพิณ และประอรนุช, 2538; สุดศิริ, 2541; Dowswell, et al., 2000; Gaynor, 1990)

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า อัมพาตครึ่งซีกไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัวในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล ซึ่งได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาปัจจัยพื้นฐานต่างๆที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จะมีก็แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานต่างๆของผู้ดูแลที่มีผลต่อศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลดังกล่าวมีความสำคัญ ทั้งนี้เพราะมีความหลากหลายในแต่ละบุคคลไม่ว่าจะเป็นเรื่อง อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าปัจจัยต่างๆดังกล่าวน่าจะมีผลต่อศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นการศึกษาศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลที่บ้านโดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกให้สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด