

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการจัดอันดับโรคและความพร่องที่เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยปี 2541 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ (จันทร์เพ็ญ, 2543) จากผลการสำรวจความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทยในชุมชนกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เมื่อปี 2527 พบว่ามีสูงถึง 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน และต่อมาได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุเกิน 60 ปี) ทั่วประเทศไทยทั้ง 4 ภาค ในชุมชนชนบท เสร็จสิ้นในปี 2540 พบอัตราความชุกร้อยละ 1.12 (1,120 คน ต่อประชากร 100,000 คน) (Viriyavejakul et al., 1998 อ้างตาม นิพนธ์, 2546) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นแบบอัมพาตครึ่งซีก (นิพนธ์, 2544) มักพบมากในวัยกลางคนขึ้นไปทั้งหญิงและชาย (สุรเกียรติ, 2544) และเมื่อเกิดขึ้นแล้วผลของพยาธิสภาพจะเกิดความพิการกับร่างกายตามระดับความรุนแรง ขนาด และตำแหน่งของพยาธิสภาพ (Nazarko, 2002)

ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก อาจเกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก และทำให้เนื้อสมองส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้แขนขาซีกตรงข้ามเป็นอัมพาต (สุรเกียรติ, 2544) บางรายนอกจากมีอัมพาตของแขนขาซีกใดซีกหนึ่งแล้ว อาจมีปัญหาการสื่อสาร ปัญหาการขับถ่าย ปัญหาการกลืน ความจำเสื่อมหรือสับสน บางรายอาจไม่รู้สึกรู้ตัว (Phipps, 1991) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ในบางรายอาจต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆช่วยในการดูแล เช่น เครื่องมือในการดูแลเสมหะ และให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้น ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญยิ่งที่ต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแล ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรืออาจต้องพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้หรือทักษะไม่เพียงพอ ความขัดแย้งในครอบครัว ความจำกัดของเวลาและอิสรภาพ หรืออาจมีปัญห

เศรษฐกิจซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแล มีปัญหาสุขภาพ และบางรายอาจจำเป็นต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว เป็นต้น (นันทพร, 2544; วิลรัตน์, 2538; Bunting, 1989)

จากนโยบายการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงที่อยู่ในภาวะวิกฤติเท่านั้น (ยุพาพิน, 2539; วิลาวัณย์, ประยงค์, และพิมพ์ภรณ์, 2541) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจึงมักถูกจำหน่ายกลับบ้านเมื่อเห็นว่าปลอดภัยจากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และนัดมาทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพกำลังกล้ามเนื้อแขนขาส่วนที่อ่อนแรง ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักต้องกลับบ้านอย่างรวดเร็วและในบางครั้งอาจมีการบอกล่วงหน้าเพียงวันเดียว จึงทำให้ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยน้อย และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามความต้องการ (สุดศิริ, 2541) จากการศึกษาของชนิตา, เมริย์, สมทรง, และวรรณ (2537) พบว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการเรียนรู้ในกิจกรรมต่างๆ ในเวลาจำกัดก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจดจำคำสอนได้ทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดทักษะและความชำนาญในการดูแล และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งต้องการการดูแลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับสูงสุดเพื่อลดภาระการพึ่งพา หากผู้ดูแลมีศักยภาพในการสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยไม่เพียงพอ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้

โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่าระดับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลของบุคคลแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ 1) ยังไม่พัฒนา 2) กำลังพัฒนา 3) พัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน 4) พัฒนาแล้วและยั่งยืน และ 5) พัฒนาแล้วแต่กำลังถดถอย และจะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้นๆ อันได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น จากการศึกษาของจอม (2540) เกี่ยวกับความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของฟาริดา (2539) ยุพาพิน (2539) และวิลรัตน์ (2538) ยังพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อศักยภาพของผู้ดูแล คือ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และประสบการณ์ในการดูแลในอดีต นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่อาจมีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ (จินตนา, 2543; จอม, 2540; เฉลิม, 2539; เพียงใจ, 2540; มณี, 2539; วรวรรณ, 2540; สกาวรัตน์, 2538; อัจฉริยา, 2534; อุบล, 2540; อรทัย, 2538; อูมา, เอมอร, รุ่งทิพย์, และภัทราวดี, 2535; Mark, 1996; Scott-Bear, 1993; Wright, Hickey, Hendrix, & Kelechi, 1999) พบว่าปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุน

จากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอดีตที่ศึกษาผลของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังมีอยู่น้อยมาก ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ มาศึกษาในครั้งนี้โดยมีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการและการรับรู้ ความเข้าใจ การแปลความหมาย และการตัดสินใจ ทั้งนี้ระดับพัฒนาการของแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และสามารถทำนายศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแล (เฉลิม, 2539; อัจฉริยา, 2534) แต่ก็ยังมีผลงานวิจัยที่พบข้อขัดแย้ง กล่าวคือพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแล (สกาวัตน์, 2538) และปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแล (วรวรรณ, 2540; Gaffney & Moore, 1996) จากผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลมาทดสอบความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

เพศ เพศของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (เพียงใจ, 2540) เพศที่ต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศหญิงจะถูกหล่อหลอมให้ทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพื้นฐานความเชื่อ และการปลูกฝังค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรม (จอม, 2540; ยูพาพิน, 2539; Walker, Pratt, & Eddy, 1995) ทำให้การเข้ารับบทบาทผู้ดูแลของเพศหญิงสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลได้เร็วและง่ายกว่าเพศชาย (เพียงใจ, 2540) ในขณะที่เพศชายมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรม และรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง (Carey, Oberst, & Hughes, 1991; Mark, 1996; Scott - Bear, 1993) อย่างไรก็ตามจอม (2540) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเพศชายทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ และผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังให้เหตุผลในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยว่าตนเองสามารถดูแลได้ดีกว่าญาติพี่น้องคนอื่นๆ จากข้อขัดแย้งในแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแลกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การศึกษา การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ อีกทั้งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลรู้จักคิด และแสวงหาข้อมูล (สมพร, ทิพวรรณ, และวสันต์, 2542) ทำให้มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

ส่วนใหญ่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (มณี, 2539; วรวรรณ, 2540; สกาวรัตน์, 2538; อัจฉริยา, 2534; อรทัย, 2538) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน (อุมา, เอมอร, รุ่งทิพย์, และภัทราวดี, 2535) อย่างไรก็ตาม ยังมีผลงานการวิจัยที่ขัดแย้งคือ พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (เฉลิม, 2539) จากผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการศึกษาของผู้ดูแลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีหลายงานวิจัยที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (อัจฉริยา, 2534; เฟื่องลดา, 2539) แรงสนับสนุนดังกล่าวนี้อาจมาจากหลายแหล่งด้วยกัน เช่น จากบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มองค์กรทางศาสนา กลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ (Pender, 1996) การสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และเป็นแหล่งประโยชน์ทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Taylor, 1989 อ้างตามสมจิต, 2534) การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนด้านความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ (aid) 3) การสนับสนุนด้านการยอมรับ (affirmation) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสภาพและศักยภาพที่เป็นจริงของตน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวด้านการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมได้มากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 24.50 ไม่มีผู้ช่วยดูแล (ชนิตาและคณะ, 2537) และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่อาศัยในครอบครัวขยายหรือครอบครัวที่มีบุตรวัยแรงงานหลายคน สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและช่วยแบ่งเบาภาระอีกทั้งช่วยแก้ไขปัญหากับผู้ดูแลด้วย นอกจากนี้การศึกษาของ สายพิน, สมจิต, ทัศน, สุจิตรา, และธวัชชัย (2537) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่าลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีใครช่วยดูแลสามี ทำให้ภรรยาต้องรับภาระหนัก จนเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด จะเห็นว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบความหลากหลายของการสนับสนุนจากครอบครัวด้านการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยพื้นฐานด้านการสนับสนุนจากครอบครัวมาศึกษาเพื่อทำนายศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ระยะเวลาในการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ดูแลที่

มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าจะมีศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า (อรทัย, 2538; อัจฉริยา, 2534) แต่ก็ยังมีผลงานวิจัยที่พบข้อขัดแย้ง คือระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานขึ้นมีผลให้ความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (วรวรรณ, 2540) และพบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีผลให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของศักยภาพในการดูแลแตกต่างกัน (อุมา และ คณะ, 2535) นอกจากนี้จากการศึกษาของไรท์ และคณะ (Wright, et al., 1999) ในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจมีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลต่อศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย (สุคติริ, 2541) เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ถ้าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 39 - 60 ปี (จอม, 2540; สุริรัตน์, 2541; จินตนา, 2540) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงระยะเวลาที่พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัวของคนไทยมาก และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2543) ดังเช่นการศึกษาของสายพิณ และประอรนุช (2538) ซึ่งได้สำรวจปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.96 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระดูกสันหลังและข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ปวดศีรษะไมเกรน ภูมิแพ้ ลมชัก ความดันโลหิตต่ำ และโรคหัวใจ ตามลำดับ จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย (สายพิณ และ คณะ, 2537) และอาจส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยยังไม่พบการศึกษาเฉพาะในเรื่องนี้ มีแต่การศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพผู้ดูแล ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดกับผู้ดูแล เช่น เกรียด เหนื่อยหน่าย หงุดหงิด ภาวะสุขภาพทรุดโทรม และลืมนั่นใจตนเอง เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ, 2536; นันทพร, 2545; สายพิณ และประอรนุช, 2538; สุคติริ, 2541; Dowswell, Law, Young, Forster, & Hearn, 2000; Gaynor, 1990) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดังกล่าวมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ดังนั้นภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลด้าน อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องขณะที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และอาจพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งจะมีผลให้สามารถลดภาระการพึ่งพา และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อน ทำให้ลดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศโดยรวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล คือ อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ต่อศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำถามการวิจัย

1. ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล คือ อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ต่อศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด / ทฤษฎี

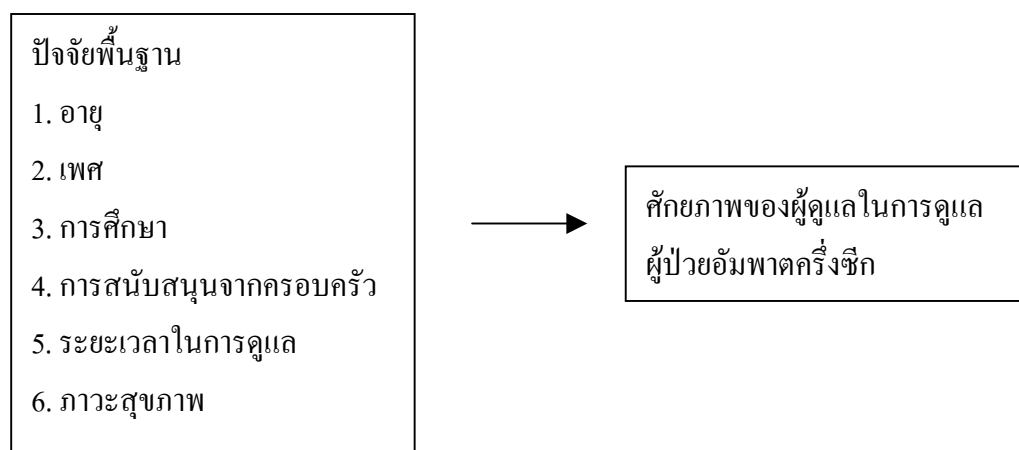
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบทฤษฎีในการวิจัย โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นผู้มีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - Care Deficit) อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งโอเร็มเรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent - Care Agency) อันเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (Taylor, 1989 อ้างตามสมจิต, 2534)

ดังนั้นองค์ประกอบภายในของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือในที่นี้คือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้น จึงมีโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติ (Orem, 1995) ซึ่งความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป คือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย (Gest, et al., 1989) ดังนั้นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการจึงเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบของความสามารถดังกล่าวจึงถือได้ว่าเป็นศักยภาพของบุคคลซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย ซึ่งศักยภาพในการดูแลดังกล่าวสามารถวัดได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน (Geden & Taylor, 1991) คือ 1) การเข้าใจถึงคุณค่าของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) ความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และ 4) ต้องมีทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ระดับศักยภาพของผู้ดูแลดังกล่าวยังมีปัจจัยพื้นฐานต่างๆมาเกี่ยวข้อง ซึ่งโอเร็มกล่าวว่าการที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้คตินั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ เช่น อายุ เพศ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตมาเป็นพื้นฐานในการเลือกปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลที่เห็นว่าเกี่ยวข้องกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อันได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา

การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ มาศึกษาเพื่อทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อันได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านมาแล้วอย่างน้อย 14 วัน (เพราะในช่วง 5 - 10 วันแรกเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ผู้ดูแลอาจพบกับปัญหาการดูแล คือ รู้สึกวุ่นวาย สับสน ซึ่งหลังจากพ้นระยะนี้จะเป็นการแสวงหาและปรับวิธีการใหม่) (สุดศิริ, 2541) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดูแลอย่างน้อย 14 วัน เพื่อให้ผู้ดูแลผ่านพ้นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ มีการแสวงหาและปรับวิธีการใหม่ในการดูแล ซึ่งเป็นการเริ่มมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอีกขั้นหนึ่ง

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาจนผ่านพ้นระยะวิกฤติ และเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพจนได้รับการจำหน่ายให้ไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะต้องรู้สึกตัวและมีกำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในเกรด 0 - 2 (เคลื่อนไหวไม่ได้เลย หรือเคลื่อนไหวพอเห็นได้ หรือกระดิกได้ เคลื่อนไหวตามแนวราบได้แต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้) ที่ไม่มีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น ความจำเสื่อม การกลืนและหายใจลำบาก เหตุผลในการจำกัดลักษณะของผู้ป่วย เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างดูแลมีลักษณะอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (homogeneous) เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยที่เกิดจากความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วย

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง พลังความสามารถกับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวัดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนี้มีเนื้อหาครอบคลุมโครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2 องค์ประกอบหลักดังกล่าวที่เป็นพื้นฐานก่อนการลงมือปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การเข้าใจถึงคุณค่าของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) ความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และ 4) ทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือวัดศักยภาพดังกล่าวได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Isaramalai (2002) ที่พัฒนามาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของเกเดนและเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991)

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล หมายถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้แก่

อายุ หมายถึง จำนวนปี และ เดือนของผู้ดูแล นับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา (เศษของวันให้ปัดทิ้ง)

เพศ หมายถึง เพศชายหรือเพศหญิงของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลใช้ในการศึกษาในระบบจนถึงขั้นสูงสุด

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุน ช่วยเหลือด้านร่างกายในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เช่น ช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และช่วยดูแลแทนระยะเวลาสั้นๆ ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักมีกิจธุระจำเป็น โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มีบุคคลในครอบครัวช่วยดูแลผู้ป่วย และไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นวัน / เดือน / ปี ที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพของผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วย ในที่นี้จะแบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ลมชัก ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้อาจแสดงอาการได้บ่อยถ้าขาดการดูแลตนเองที่ดี และอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่จังหวัดพัทลุง จังหวัดสงขลา และจังหวัดตรัง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2547

ความสำคัญของการวิจัย

บุคลากรในทีมสุขภาพทราบถึงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลต่อศักยภาพดังกล่าว ซึ่งอาจสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการที่บ้าน การวางแผนจำหน่าย และเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ