

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) หรือสโตรก (stroke) เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนโรคทางระบบประสาท (Prencipe, Ferretti, Casini, Santini, Giubilei, & Culasso, 1997) โดยพบว่าความชุกของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ (Garrison & Rolak, 1993 อ้างใน อรรถพร โตษยานนท์, 2539 ; Prencipe, et al., 1997) โดยพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 80 (Whisnant, 1984 cited in Camp, Davis, Salter, Pierce, 1995) และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Easton, 1999) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 600,000 คน ถึง 750,000 คน ในแต่ละปี (Houglan-Adkins, 1993) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีไม่ต่ำกว่า 150,000 คน ถึง 200,000 คนในแต่ละปี (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2534) และพบมากเป็นอันดับสี่ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมีอัตราการตายถึงร้อยละ 10.9 คนต่อประชากร 100,000 คน (บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ, 2541) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมประสาทที่เข้ารับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดนั้นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 700 คน (ร้อยละ 35.12) ในปี พ.ศ. 2538 จำนวน 782 คน (ร้อยละ 37.76) ในปี พ.ศ. 2539 และจำนวน 699 คน (ร้อยละ 33.72) ในปีพ.ศ. 2540 (งานเวชระเบียนและสถิติ: สถิติผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักรอดชีวิตหากผ่านพ้น 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ และร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard & Ames, 1993) ในส่วนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะมีภาวะบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไปได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อภาษาไม่ได้ สับสนและสูญเสียความจำ (Ragsdale,

Yarbrough, & Lasher, 1993) ในบางรายอาจมีปัญหาด้านระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ตามอดครึ่งซีก ทั้งนี้ลักษณะอาการทางคลินิกและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (Black & Matassarini-Jacobs, 1993) และจากการศึกษาของสาขาประสาทวิทยา ภาควิทยาศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลพบว่าความชุกผู้ป่วยอัมพาตมีสูงถึง 690 คนต่อประชากร 100,000 คน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534)

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดความพิการหรือภาวะบกพร่อง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้สมรรถภาพของร่างกายในการเผชิญกับสิ่งคุกคามภายนอกลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆด้วยตนเองได้เช่นเดิม การเป็นอัมพาตครึ่งซีก ความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การขาดความสามารถในการแก้ปัญหาและการตั้งเป้าหมาย และการสูญเสียภาพลักษณ์ เหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ผู้ป่วยหมดความภาคภูมิใจในตนเอง กังวล ซึมเศร้า เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกบาปและเกิดภาวะสิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่ และล้มเหลวจากการศึกษาของ ปฏิญญา พรณราย กันยารัตน์ อุบลวรรณและดวงใจ เปரியบารุง (2539) พบว่า การขาดความสามารถทางการเคลื่อนไหวได้ของผู้เป็นอัมพาตเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางลบ นอกจากนั้นการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดและดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากมากขึ้น ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งระดับความต้องการของผู้ป่วยในส่วนที่ต้องการให้ผู้ดูแลช่วยเหลือหรือตอบสนองนั้น แปรผันถึงระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย โดยทั่วไประดับการพึ่งพาสามารถแบ่งได้เป็นสี่ระดับ คือ ระดับการพึ่งพาน้อย ระดับการพึ่งพานกกลาง ระดับการพึ่งพามากและระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพา มักเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ป้องกันอุบัติเหตุ ปฏิบัติการเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Thomas, 1992) บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งหมด การดูแลดังกล่าวเป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องใช้เวลาและแรงงานในการดูแลมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อครอบครัวเป็นอย่างมากคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวและเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยอาจทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยลงหรือหากผู้ป่วยต้องพึ่งพาสมาชิกตลอดเวลาอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่

มีความเครียดด้านจิตใจทำให้เกิดการล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ (Payne, 1988 อ้างใน ยุพาพร โอฬาริกพันธุ์, 2541) จึงอาจกล่าวได้ว่า การพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมได้ (Clark & Standard, 1996)

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจ และสูญเสียการควบคุมตนเอง ประกอบกับอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ โดยพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลและความกลัวในลักษณะต่างๆ เช่น กลัวความพิการ กลัวความทรมาณ กลัวการเป็นโรคซ้ำ และกลัวการถูกทอดทิ้ง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) แม้หลังจากผ่านพ้นระยะอันตรายไปแล้ว การที่มีความพิการเกิดขึ้นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังในชีวิต ท้อแท้ กลัวเป็นภาระกับครอบครัว สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และมีอัตมโนทัศน์ในทางลบได้ (Berger & Williams, 1992)

อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่งและเกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองและความรู้สึกนี้เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของตนเอง (Andrews & Roy & 1991) อัตมโนทัศน์มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของตน (Coombs & Snygg, 1959 cited in Roy, 1976) บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างไร เช่น ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถก็พร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างผู้ที่มีความสามารถ แต่ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถก็จะแสดงพฤติกรรมอย่างผู้ที่ไม่มีความสามารถ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวและเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการปรับตัว โดยบุคคลจะพยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วย (Roy, 1976) มีงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศที่สนับสนุนว่าอัตมโนทัศน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังเช่น พิกุล บุญช่วง (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า อัตมโนทัศน์โดยรวมและอัตมโนทัศน์ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาและการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตมโนทัศน์ยังมีความสัมพันธ์กับการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอัตมโนทัศน์ในด้านดีจะติดตามรับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า

ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับ มัทสันและบรูกส์ (Matson & Brooks, 1982 cited in Swanson, Stuubs, & Sheldon, 1989) ที่ศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคมัลติเบิลสเคลโรซิส (multiple sclerosis) และพบว่าบุคคลที่สามารถยอมรับและจัดการกับโรคได้เป็นผู้ที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก สมิทส์และคี (Smits & Kee, 1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองและอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเช่นกัน

นอกจากนี้ บีแลนด์และแพสซอส (Beland & Passos, 1981) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ในทางบวกจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและสามารถดำรงชีวิตในสภาพจำกัดของร่างกายได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพของตนเองให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือดูแลตนเองได้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในตนเองมากขึ้น และส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สิ่งที่มีความสำคัญมากและเป็นเป้าหมายของการให้การพยาบาลคือการฟื้นฟูสภาพร่างกายในส่วนที่ใช้การไม่ได้ให้สามารถใช้ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติเท่าที่จะสามารถทำได้หรือเพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด แต่การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์อยู่เดิมจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ หรือมีโรคอื่นอยู่เดิมประกอบกับมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย การเรียนรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นไปได้ช้าและต้องการกำลังใจและแรงจูงใจสูง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, 2536 ; Cifu & Lorish, 1994) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็สามารถที่จะฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้หากมีทีมสุขภาพที่ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงตามวัย ตลอดจนให้อากาศและเวลาในการปรับตัว ทีมสุขภาพควรเข้าใจว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทำให้ต้องปรับตัว ต่อการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจ เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมมนุษย์ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว กล่าวคือการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย (Coombs & Snygg, 1959 cited in Driever, 1976) ดังนั้น อัตมโนทัศน์จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

นอกจากปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีปัญหาทางสังคมร่วมด้วย เนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำ

บทบาทในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยบางรายแยกตัวเอง ถอยหนีจากสังคม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเองและไม่พึงพอใจในชีวิต (สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534) แคนทริล (Cantril, 1965 cited in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในการมองชีวิตของตนเองในภาพรวมที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของ การรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่ากับสิ่งนั้นๆ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ทั้งหมดทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงอยู่ในสถานะของการรับรู้ความรู้สึกไม่ชื่นชมยินดีหรือพอใจกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือไม่พอใจในชีวิตของตนได้ ดังเช่นผลการศึกษาของวิทเทน ฟิงส์เมเยอร์, เบอรัสนสปาง และฟัลเมเยอร์ (Viitanen, Fugl-Meyer, Bernspang, & Fugl-Meyer, 1988) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 61 มีคุณภาพชีวิตซึ่งวัดโดยใช้ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง สุรกุล เจนอบรม (2534) กล่าวว่า บุคคลที่ขาดความพึงพอใจในชีวิตย่อมก่อให้เกิดความหดหู่ ความท้อแท้ ว่างเปล่าและขาดความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องการทั้งในภาวะปกติสุขและเจ็บป่วย บุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตก็ย่อมหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญที่ไม่เพียงแต่จะช่วยให้รอดชีวิตและลดอัตราตายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมียุทธศาสตร์สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การวางแผนเพื่อให้การพยาบาลจึงควรที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

จากสภาพปัญหาต่างๆดังกล่าวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และการที่ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดีเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอึดมโนทัศน์ของตนเอง การฟื้นฟูสภาพและความสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้อย่างปกติสุข ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มโนทัศน์ของการพึ่งพาผู้อื่นอึดมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมาก อย่างไรก็ตามจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่พบว่ามีข้อมูลอันชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การพึ่งพา อึดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา

การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่าง การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้นี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล ดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มีกำลังใจ มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของการพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา และอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการทำวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึง การพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มาตรวจรักษาที่ คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2543 จำนวน 70 ราย

ข้อตกลงเบื้องต้น

อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถกำหนดและรับรู้ได้ด้วยตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพึ่งพา หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการในส่วนที่ตนไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน การใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว โดยประเมินได้จากคะแนนของดัชนีบาร์เทิลเอดีแอลชุดดัดแปลง (modified Barthel ADL Index: BAI) และดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านร่างกายและด้านส่วนตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยด้านร่างกายประกอบด้วยภาพลักษณ์และการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย ด้านส่วนตนประกอบด้วยความสม่ำเสมอในตนเอง ปณิธานหรือความคาดหวัง และศีลธรรมจรรยา (Andrews & Roy, 1991) ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดอัตมโนทัศน์ (The Self Concept Scale) ของลี (Li, 1998)

ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกชื่นชอบ ความพอใจในการดำเนินชีวิตทั่วไปซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ปรารถนาอยากให้เป็นเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ โดยบุคคลจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง โดยการมองภาพรวมทั้งหมดตามการรับรู้เป้าหมายและการให้คุณค่า ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตตามวิธีการแบบขั้นบันไดของแคนทริล (Cantril Ladder Scale, cited in McKeehan, Cowling, & Wykle, 1986)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการตรวจและการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะตีบตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือด (cerebral thrombosis) หรือภาวะอุดตันของหลอดเลือดสมองจากเอมโบไล (cerebral embolism)