

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสารต่างๆตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง
3. มโนทัศน์การปรับตัว
4. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
6. ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7. ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล
8. สรุปการปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแล

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นโรคเรื้อรังของกลุ่มโรคระบบประสาทที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุของการมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมองอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral thrombosis) หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral embolism) หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเองทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ซึ่ง

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะไม่รวมการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองอันมีสาเหตุมาจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke หรือ Occlusive stroke) เมื่อหลอดเลือดสมองตีบตันหรือถูกอุดตันจะมีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ซึ่งโดยปกติในวัยผู้ใหญ่สมองจะต้องการเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50 – 55 มิลลิลิตร / 100 กรัมสมอง / นาที หรือประมาณ 750 – 1,000 มิลลิลิตร / นาที เมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัว โดยมีการไหลเวียนของเลือดไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสาน หรืออาจมีการสกัดกั้นออกซิเจนจากเลือดมากขึ้น แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมากจนเหลือเพียง 20 มิลลิลิตร / 100 กรัมสมอง / นาที เป็นเวลานาน 15 - 30 นาที จะเริ่มมีความผิดปกติของสมองเกิดขึ้น และเมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือ 10 – 15 มิลลิลิตร / 100 กรัมสมอง / นาที จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Electrolyte) ในเซลล์สมอง เนื่องมาจากขบวนการแลกเปลี่ยนโซเดียมไปแต่สเซียมในเซลล์สมองถูกรบกวน ทำให้เกิดการบวมภายในเซลล์สมองขึ้น ถ้ามีปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร / 100 กรัมสมอง / นาที จะเกิดขบวนการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจนในเซลล์สมอง เป็นเหตุให้มีการคั่งของกรดแลคติกและเซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวร หรือเกิดการตายของเนื้อสมอง หลอดเลือดสมองอุดตันจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Martinelli et al., 1998) และมักจะพบจากครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันด้วย (Bertina & Rosendaal, 1998)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่มีการแตกเลือดในสมอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

- 2.1 กลุ่มที่มีการแตกเลือดในสมอง ก้อนเลือดจะไปกินที่ในสมอง เกิดการทำลายของเนื้อสมองและก้อนเลือดยังไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง ซึ่งอาจทำให้น้ำไขสันหลังระบายไม่สะดวก เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลัง หรือเกิดสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือดจากก้อนเลือดที่กดทับ ในที่สุดความดันภายในกระโหลกศีรษะจะสูงขึ้น ความดันนี้ยังไปกดหลอดเลือดในสมอง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และเกิดภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้น นอกจากนี้ความดันดังกล่าวยังไปกดหลอดเลือดดำภายในสมอง ทำให้มีการคั่งของหลอดเลือดดำยังผลให้สมองที่บวมยิ่งบวมมากขึ้น

2.2 กลุ่มที่มีการตกเลือดในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ เลือดจะผสมกับน้ำไขสันหลัง ซึ่งเมื่อดเลือดมีการสลายจะเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองขึ้น และเกิดพังผืดในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ตามมา ทำให้การระบายน้ำไขสันหลังเสียไป เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลังขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความดันในกระโหลกศีรษะสูงร่วมกับมีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมองอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว ร้อยละ 8 – 15 ของผู้ป่วย เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 20 – 24 เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 44 – 56 เสียชีวิตภายใน 14 วัน และร้อยละ 66 เสียชีวิตภายใน 1-2 เดือนหลังจากตกเลือด (เจียมจิตแสงสุวรรณ, 2534) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันสูงในเลือดและการสูบบุหรี่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) มีผู้ศึกษาในประเทศสเปน พบว่า การรับประทานอาหารประเภทผัก ปลาและผลไม้เพิ่มขึ้น จะช่วยลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Rodríguez, 1998) ผู้ที่รอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ เนื่องจากการตายของเนื้อสมองเกิดขึ้น จากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอในกรณีที่มีความดันภายในกระโหลกศีรษะสูงมาก หรือเกิดจากการบิดเบี้ยวของหลอดเลือดในสมอง

จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่หลอดเลือดสมองที่เป็นต้นเหตุและที่ตัวสมอง อันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองตามมา โดยจะมีความรุนแรงและอาการที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองที่ขาดเลือด ผู้ป่วยบางคนอาจมีภาวะสมองเสี้น้ำที่เฉพาะแห่งเพียงชั่วคราว และกลับคืนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Transient ischemic attack : TIA) หรือบางคนอาจแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายในเวลาต่อมาอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible ischemic neurological deficit : RIND) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการแสดงและอาการแสดงในลักษณะของสมองเสี้น้ำที่ทีละน้อย และคืบหน้าไปเรื่อยๆ อาจเป็นเวลาชั่วโมงหรือหลายวันจนกระทั่งสมองอาจเสี้น้ำที่ไปโดยสิ้นเชิง (Stroke in evolution หรือ Progressive stroke) หรือผู้ป่วยบางคนสมองอาจเสี้น้ำที่ไปโดยสิ้นเชิงและไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ตั้งแต่ 2 – 3 วันขึ้นไป (Complete stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบดังกล่าวถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ในทำนองเดียวกันลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีหลายรูปแบบตามตำแหน่งและพยาธิสภาพของสมอง

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดลักษณะอาการทางคลินิกดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของ เมดัลลา สมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป (Lewis & Collier, 1987) โดยในระยะแรก กล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกแล้วจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดการงอข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอ และนิ้วเท้าจะงอเข้า (Luckman & Sorensen, 1993) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวจึงแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เคลื่อนไหวไม่ได้จากการอ่อนแรงหรือไม่มีการตึงตัว หดตัวของกล้ามเนื้อ อีกลักษณะหนึ่ง คือ การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น อาการเกร็งจากการหดตัวผิดปกติ หรือมีความตึงตัวมากเกินไปของกล้ามเนื้อ ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย คือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาได้ มีอาการปวดไหล่ ปวดหลัง จากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ปอดอักเสบ และแผลกดทับ รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น โดยความผิดปกติที่พบมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 ความผิดปกติในการพูด ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ (Motor or Expressive aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการพูดและการออกเสียง ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียน หรือสัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในทำนองเดียวกันก็มีปัญหาในการเขียน คือ เขียนไม่เป็นประโยค

2.2 ความผิดปกติทางภาษา ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (Receptive or Sensory aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area)

ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global aphasia) หรือไม่สามารถแปลความหมายของเสียงได้ ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งๆ ที่มองเห็น (Visual aphasia) เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียนได้ (Alexia) ทำให้เขียนสื่อความหมายไม่ได้ (Agraphia)

นอกจากนี้ความผิดปกติในการสื่อสารอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อสารเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า และแยกตัวในที่สุด

3. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ห้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่เจ็ดซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดแน่นไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก ยิ่งถ้าเพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนซึ่งพบถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Kirchner, 1967 ; Kohlor, 1991 cited in Luggier, 1994) อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดตามมาได้ นอกจากนี้ความพิการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลหรือเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา อันจะทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น เป็นต้นว่า อาจเกิดแผลกดทับหรือบวมตามมาได้

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบพาริเทัล (Parietal) โดยเฉพาะสมองซีกไม่เด่น ทำให้เกิดความผิดปกติดังนี้

4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรกกด ความร้อน ความเย็น ความผิดปกติอาจจะเกิดขึ้นอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสหลายจุดพร้อมกันไม่ได้ ผู้ป่วยละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีอาการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย โดยสัมผัสสิ่งกระตุ้น

เกินขนาด เพราะกว่าร่างกายจะรู้และมีปฏิกิริยาได้ตอบสนองสิ่งที่อันตรายนั้น ร่างกายอาจได้รับอันตรายไปแล้ว

4.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย เป็นความผิดปกติต่อการรับรู้ ความสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง และขาดความเอาใจใส่ต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น ที่เรียกว่า Anosognosia คือไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกายและปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ละเลยร่างกายที่มีความพิการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับท่า การกระเหยะทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้เวลา บุคคลและสถานที่ หรือรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

4.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทางสายตา ทำให้การมองเห็นผิดปกติไป ที่พบบ่อย คือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (Homonymous Hemianopsia) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต และบางครั้งอาจจะไม่รับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น ผู้ป่วยจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย แล้วยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางคนอาจมีความผิดปกติในลักษณะมองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากมีความบกพร่องของเส้นประสาทคู่ที่สาม สี่ และหก ทำให้เกิดการขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ จึงเกิดภาพซ้อน ซึ่งจะมีผลต่อความสมดุลการนั่งและการยืน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัด หรือกระเหยะไม่ได้ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

5. มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง และที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้

จากสถานการณ์จริง ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับมือกับชีวิตของตนเองได้

6. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านหน้าหรือส่วนของคอร์เทกซ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ แต่บางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ส่วนความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หรือจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ หรือกลืนเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกได้ว่าต้องการถ่ายอุจจาระ

7. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชายและไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้อาจมีสาเหตุมาจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เป็นต้นว่ายาลดความดันโลหิต ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในผู้ชาย

จะเห็นได้ว่าผลกระทบทางด้านร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การพูดและภาษา การรับประทาน การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้สติปัญญา การรับประทานอาหารและเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้การกระทำในกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นของผู้ป่วยถูกจำกัดลง ก่อให้เกิดปัญหาในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ที่พบบ่อยได้แก่

1. อาการซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการของการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา อาการซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยซึมเศร้าจะไม่สนใจฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง อาการซึมเศร้าพบถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Espmark, 1973 cited in Robinson et al., 1985) และร้อยละ

ละ 58 ของผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย (พวงน้อย อรุณ, 2536)

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) เกิดจากผู้ป่วยมีความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) ในการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ความวิตกกังวลยังเป็นผลอันเนื่องมาจากความกลัว ในลักษณะกลัวพิการ กลัวทรมาณ กลัวการกลับเป็นโรคซ้ำและกลัวถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเครียดที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ถูกจำกัดลง (Hickey, 1986) รวมทั้งความคาดหวังในการดำเนินโรคล่วงหน้า ความวิตกกังวลมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. ความรู้สึกสูญเสีย (loss) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง (Conwill, 1993) และจากการสูญเสียการทำหน้าที่ในอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ เนื่องจากจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง อึดอัดในทัศนและภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกตนเองไม่มีค่า (Berger & William, 1992) ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวเข้ากับสังคม (Robinson, et al., 1985) บางคนอาจจะแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคมตามมา

ผลกระทบทางด้านสังคม

ผลกระทบทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังเกิดจากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือบางรายอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของความเหินห่างหรือเสื่อมลง เป็นผลทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ผู้ป่วยจะขาดสิ่งสนับสนุนกำลังใจในขณะเผชิญภาวะเครียด ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่าย นอกจากนี้ความเจ็บป่วยยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยทั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจหากไม่ยอมรับบทบาทใหม่ได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด

จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองดังที่กล่าวมา ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ต้องดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก และต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการที่เรื้อรัง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้เลย เมื่อได้รับอนุญาตให้กลับไปอยู่ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องพึ่งพาญาติในการตอบสนองความต้องการในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกระทำด้วยตนเองได้ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นญาติที่ทำหน้าที่ดูแลจึงต้องมีการปรับตัว และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

มโนทัศน์การปรับตัว

ธรรมชาติของมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ทั้งภายในตนเองและภายนอกตนเองอยู่ตลอดเวลา มนุษย์จะต้องใช้ความพยายามในการที่จะทำให้เกิดความสมดุลของชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข การที่จะรักษาความสมดุลได้จำเป็นจะต้องมีการปรับตัว การปรับตัว ในความหมายที่ใช้ทางจิตวิทยาจะใช้คำว่า Adaptation ส่วนทางจิตวิทยาจะใช้คำว่า Adjustment (นิภา นิธยาน, 2530) ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะดังนี้

สุรางค์ จันทรเฒ (2527: 84) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่า การปรับตัว หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายปลายทางในสิ่งแวดล้อมของตน บุคคลแต่ละคนจะมีแบบแผนการปรับตัวที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและสังคม

วันดี ระเจริญ (2531: 226 - 247) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า การปรับตัว คือ วิธีการที่บุคคลใช้เพื่อรักษาความสมดุลในเรื่องต่างๆ และเป็นวิธีที่บุคคลใช้ลดความตึงเครียดจากความไม่สมหวังต่างๆ ซึ่งแต่ละบุคคลใช้รูปแบบในการปรับตัวที่แตกต่างกันไป

สเตท ดี (Statt D., 1981 อ้างใน จงกลณี ดุ้ยเจริญ, 2540: 19) Adjustment มีความหมายทำนองเดียวกับ Adaptation ซึ่งจะเน้นพิเศษในเรื่องของความเกี่ยวข้องกับสังคมโดยปกติแล้ว Adjustment มีความหมายโดยนัยในด้านของการกำหนดความมุ่งหมายและความตระหนักของบุคคล เมื่อได้เผชิญกับความต้องการด้านต่างๆ ที่เป็นแรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่

รอย (Roy, 1991: 7 – 10) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า บุคคลเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ย่อมต้องการการปรับตัวต่อสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยแสดงเป็นพฤติกรรมการกระทำหรือการแสดงความรู้สึกทางด้านร่างกาย และจิตสังคมได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัย โดยสามารถประเมินพฤติกรรมการกระทำหรือการแสดงความรู้สึกได้เป็น 2 รูปแบบคือปรับตัวได้กับปรับตัวไม่ได้

ประวิณ เปี้ยวเก็บ (2536: 28) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะปรับกลไกขององค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่างๆ ที่รบกวนสภาวะปกติของบุคคล โดยสถานการณ์นั้นอาจอยู่ภายในตัวบุคคล เช่น การเจริญเติบโตของร่างกาย ภาวะความเสื่อมหรือความชราภาพ ความรู้สึก ความคิดเห็นเป็นต้น หรืออยู่ภายนอกตัวบุคคล อาทิเช่น สภาพแวดล้อม การเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เพื่อนๆ หรือครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อความสมดุลของสภาพชีวิตของบุคคลนั้น

แอลเลนและมิตเชลล์ (Allen & Mitchell, 1995: 57) กล่าวว่า การปรับตัว เป็นวิธีการหรือเป็นกระบวนการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าภายนอกและภายในตัวบุคคล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่การงานที่ดีที่สุดของสรีรภาพของร่างกาย

สุทธิชัย ปานปรีชา (2539: 499) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิต ซึ่งคนนำมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการต่างๆ ของตนเองและสังคม เข้าได้กับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่หรือที่เปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นวิธีการให้คนคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตดีด้วยการแก้ปัญหา หาทางออกเพื่อขจัดหรือผ่อนคลายความทุกข์ ความคับข้องใจหรือความเครียด

จากการให้ความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ของสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต โดยแสดงออกในรูปของพฤติกรรมการกระทำและการแสดงความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย(The Roy Adaptation Model)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้ถูกนำมาประยุกต์เป็นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1964 โดย ซิสเตอร์ คาลลิสเตอร์ รอย (Sister Callister Roy) ประธานฝ่ายการศึกษาพยาบาล แห่งมหาวิทยาลัยเมาท์ เซนต์ แมรี (Mount Saint Mary's Collage) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีพื้นฐาน คือ ทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์และกิจกรรมในระบบย่อย (Sub system) ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในการทำงานประสานความสัมพันธ์ของระบบย่อยๆ มีจุดประสงค์เพื่อปรับ (Adapt) ให้คงสภาวะสมดุล (Homeostasis) หรือภาวะปกติ (Steady state) ในระบบใหญ่และตัวกระตุ้นที่ทำให้ต้องมีการปรับขึ้นในระบบนั้นก็คือสิ่งกระทบ (Stressor) ต่างๆ อันเกิดจากมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของระบบสิ่งแวดล้อม (ทัศนา บุญทอง, 2525 อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536) รอยได้นำแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานดังกล่าวมาประยุกต์และวางรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ชื่อว่า " The Adaptation Model " ซึ่งรู้จักกันในนามของ " The Roy Adaptation Model " ต่อมาได้มีการนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติทั้งทางด้านการวิจัยและการศึกษาพยาบาลในปี ค.ศ. 1968 ต่อมาในสถาบันอื่นๆ ได้นำไปทดลองปฏิบัติและวิจัยซ้ำอีกหลายแห่ง เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความชัดเจนขึ้น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายกว่าทฤษฎีอื่น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกัน (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2531 อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536)

รอยและแอนดริว (Roy & Andrews, 1991) ได้อธิบายการปรับตัวไว้ว่า การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเองเพื่อให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งรอยเชื่อว่ามนุษย์หรือบุคคลเป็นระบบเปิด ที่ภายในระบบประกอบด้วยระบบย่อย จะมีการประสานสัมพันธ์กันระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในร่างกายเอง และระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในกับภายนอก ร่างกายตลอดเวลา สิ่งกระทบใดๆ ก็ตามที่จะเข้ามาสู่ระบบชีวิต ไม่ว่าจะเข้ามากระทบโดยตรงต่อระบบย่อยใดๆ จะมีผลกระทบกระเทือนไปทั้งระบบและการตอบสนองที่เกิดขึ้น จะเป็นการตอบสนองร่วมกันอันเกิดจากการทำงานประสานสัมพันธ์ของระบบย่อยนั่นเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง

ว่าสิ่งใดก็ตามที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจ การตอบสนองที่เกิดขึ้นจะเป็น การตอบสนองร่วมของร่างกายและจิตใจเสมอ

ในแนวคิดทฤษฎีนี้ได้อธิบายความหมายและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ไว้เป็นข้อตกลงเบื้องต้น (Basic assumption) 8 ประการดังนี้

1. บุคคล คือ สิ่งที่มีชีวิต ซึ่งประกอบด้วยกาย จิตและสังคม (Bio-Psychosocial being)
2. บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในการมีปฏิสัมพันธ์นั้นบุคคลจะต้องมีการปรับตัว
3. การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในโลกนี้ บุคคลใช้กลวิธีที่มีมาแต่กำเนิด (innate) และจากการเรียนรู้ (acquired) ที่เกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
4. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นมิติหนึ่งของชีวิตที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
5. บุคคลจะต้องมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
6. การปรับตัวของบุคคลเป็นหน้าที่ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (stimulus) ที่บุคคลกำลังเผชิญและเกี่ยวข้องกับระดับการปรับตัวของบุคคลนั้น
7. การปรับตัวของบุคคลจะมีระดับหรือขีดความสามารถในการปรับตัวเฉพาะของตนเอง ถ้าสิ่งเร้าที่มารบกวนอยู่ภายใต้ขีดความสามารถนั้นแล้ว แสดงว่าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้และมีพฤติกรรมปรับตัวในทางบวก ในทางตรงกันข้าม หากสิ่งเร้ามีความรุนแรงเกินขีดความสามารถแล้ว การตอบสนองจะเกิดในทางลบและบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวที่ล้มเหลวตามมา

8. แบบของการปรับตัวของบุคคลมี 4 แบบคือ การปรับตัวด้านร่างกายและสรีระ (Physiological) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - concept) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function) การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน (Interdependent)

ตามแนวคิดของรอย เชื่อว่าโดยธรรมชาติของบุคคลเป็นระบบเปิดซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input)

กระบวนการควบคุม (Control processes) การแสดงออกหรือการปรับตัว (Effectors) ผลลัพธ์ (Output) และกระบวนการย้อนกลับ (Feedback processes) อธิบายกระบวนการปรับตัวของบุคคลได้ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input)

บุคคลเป็นระบบเปิด ซึ่งอยู่ภายใต้ของอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบบุคคล มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือภายในบุคคลก็ได้ ซึ่งเป็นระดับการปรับตัว (Adaptive level) ในรูปแบบการปรับตัวของรายนัน ได้กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีทั้งสิ่งเร้าโดยตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง ซึ่งแต่เดิมนั้น รอย ได้นำมาจากคณะจิตวิทยาโดยจิตแพทย์ชื่อ แฮร์รี่ เฮลสัน (Harry Helson) ความหมายของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดคือ

1. สิ่งเร้าตรงหรือสิ่งเร้าเฉพาะ (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลเผชิญอยู่ขณะนั้นโดยตรง มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด เช่น ความเจ็บป่วยและพิการจากโรค การสูญเสียบุคคลที่รัก โดยสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเปรียบได้กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปรับตัว

2. สิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าเกี่ยวข้อง (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้นนอกเหนือไปจากสิ่งเร้าโดยตรง โดยอาจจะมีผลทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัวก็ได้ สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรงทำให้ปัญหาในการปรับตัวลดน้อยลง ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบเปรียบเสมือนความรุนแรงของสิ่งเร้าตรง ที่ช่วยให้เกิดปัญหาการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น เช่น ระยะการพัฒนากายของบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะการเจ็บป่วย แบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี

3. สิ่งเร้าแฝงหรือสิ่งเร้าเสียบ (Residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม อุปนิสัย และบุคลิกภาพ สิ่งเร้านี้ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่ามีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือ สิ่งเร้าแฝงต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นตรวจสอบได้ยาก หรือตรวจสอบไม่ได้ เช่น ความเชื่อ หรือ ค่านิยม เป็นต้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532)

จากการตอบสนองของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่กล่าวมานั้นจะก่อให้เกิดเป็น ระดับการปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งหมายถึงระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคล

ในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง ถ้าสิ่งเร้าอยู่ในขอบเขตของระดับความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะมีการตอบสนองในทางบวกหรือเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกขอบเขตบุคคลจะตอบสนองในทางลบ หรือมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ระดับการปรับตัวของบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขอบเขตการปรับตัวใหม่จะกว้างขึ้น แต่ถ้าบุคคลเคยมีประสบการณ์ ในการปรับตัวที่ผ่านมาจะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Roy & Andrews, 1991)

กระบวนการควบคุม (Control Process)

สิ่งเร้า เป็นสิ่งนำเข้าไปก่อให้เกิดระดับของการปรับตัว บุคคลจะมีกระบวนการควบคุม สิ่งเร้าเกิดขึ้นซึ่งเรียกว่า กลไกเผชิญความเครียด (Coping mechanism) โดยกลไกนี้จะมีมาแต่กำเนิด (Innate coping mechanism) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่มีผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หรืออาจเกิดขึ้นในภายหลัง (Acquired mechanism) ที่เกิดจากการเรียนรู้หรือพัฒนาการของบุคคลก็ได้ กลไกที่บุคคลใช้ในการปรับตัว เพื่อรักษาสมดุล ประกอบด้วย 2 ส่วน (Dorsey & Purcell, 1990 อ้างใน ก้านจิต ศรีนนท์, 2541 : 17 - 18) ได้แก่

1. กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มากระทบระบบของบุคคล การทำงานของกลไกนี้ จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองโดยอัตโนมัติ และเกิดขึ้นโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิต เป็นต้น

2. กลไกการรับรู้ (Cognator mechanism) เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามกระทบ โดยผ่านกระบวนการ 4 อย่างคือ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นกระบวนการทางจิตสังคมที่บุคคลใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด กระบวนการเหล่านี้ จะช่วยให้บุคคลเลือกและจดจำเฉพาะสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ มีการเรียนแบบ และเกิดการหยั่งรู้ในเรื่อ่นั้นๆ มีการตัดสินใจที่จะมองหาวิธีแก้ปัญหา และใช้กระบวนการทางจิตเพื่อให้ตนเองรู้สึกคลายความวิตกกังวล (Meleis, 1985)

กลไกทั้ง 2 ส่วน จะเกิดควบคู่กันเสมอ ไม่ว่าการปรับตัวในเรื่องนั้นจะเป็นด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การทำงานในระบบบุคคลเป็นองค์รวม (Roy & Roberts, 1981 อ้างใน จงกลนี้ ดุษฎีเจริญ, 2540) โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลางทำงานร่วมกัน เสมือนว่าเป็นหน่วยเดียวกัน เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการทำงานทั้ง 2 กลไกนี้ไม่สามารถสังเกตได้ชัดเจน แต่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การปรับตัวที่เป็นผลมาจากการทำงานของกลไกทั้งสองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ โดยที่จะต้องมีการปรับตัว 4 ด้าน อาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านพร้อมๆ กันก็ได้ ทั้งนี้มีเป้าหมายในการรักษาภาวะสมดุล เพื่อต้องการให้เกิดความมั่นคง (Integrity) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การแสดงออกหรือการปรับตัว (Effectors)

การทำงานของกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ จะทำให้บุคคลมีการแสดงออกที่เรียกว่าการปรับตัว รอยได้แบ่งองค์ประกอบของการปรับตัวของแต่ละบุคคลไว้ 4 แบบ ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นวิธีการที่บุคคลมีการตอบสนองทางด้านร่างกายที่มาจากสิ่งเร้าทางสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเน้นเรื่องของกิจกรรมทางร่างกาย เนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบภายในของมนุษย์ ซึ่งจะครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย อันได้แก่ การออกกำลังกายและการพักผ่อน อาหาร การขับถ่าย น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) ออกซิเจน การไหลเวียนของโลหิต การควบคุมอุณหภูมิ การรับรู้ความรู้สึก การทำงานของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ โดยมีกลไกการควบคุมเป็นตัวเชื่อมโยงการทำงานและการตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตในภาวะปกติสุขคือความสมดุลหรือความพอดี ซึ่งมนุษย์จะพยายามเพื่อรักษาภาวะเช่นนั้นไว้ หากการปรับตัวไม่สามารถทำให้เกิดการตอบสนองในทางบวก ก็จะปรากฏเป็นพฤติกรรมการปรับตัวในทางลบหรือล้มเหลว (Maladaptation Behavior)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - concept) จากการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการทางด้านร่างกาย มนุษย์จำเป็นต้องมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Psychic integrity) และสิ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางจิตใจ คือ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง อันเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ตลอดจนการปะทะสัมพันธ์กับผู้อื่น ในทางจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์ เป็นผลจากความนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง

บุคคลที่มีความเชื่อมั่นและมองเห็นคุณค่าแห่งตน การปรับตัวต่อภาวะต่างๆ จะเป็นไปได้ดีกว่า บุคคลที่มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความน้อยเนื้อต่ำใจและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตามแนวคิดของรอย อัดมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1 อัดมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทั้งทางด้านรูปร่างหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย สมรรถภาพทางเพศและภาวะสุขภาพที่เกิดตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งก็คือภาพลักษณ์นั่นเอง ถ้าบุคคลไม่สามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก็จะทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความบกพร่องในการปรับตัว ได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.2 อัดมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ปณิธานทุกอย่างที่ประกอบรวมกันเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อยดังนี้

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (Self consistency) บุคคลจะปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในตนเองหรือความสม่ำเสมอในชีวิต ถ้าความรู้สึกนี้ถูกคุกคาม จะก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่ใจ

2.2.2 ปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน (Self ideal or Self expectation) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำ หรือมุ่งหวังที่จะเป็น ซึ่งเป็นพื้นฐานแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ ถ้าบุคคลไม่สามารถประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง และไม่สามารถปรับตัวได้ จะมีความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ ล้มเหลวและเบื่อหน่ายชีวิต

2.2.3 ศีลธรรมจรรยาแห่งตน (Moral – ethical self) บุคคลใช้คุณธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติ และพิจารณาตัดสินต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดีหรือเลว ถ้าบุคคลรู้สึกว่าตนละเมิดกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานทางคุณธรรมและจรรยาที่บุคคลกำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิด (Guilt) หรือตำหนิตนเอง

2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น สภาพการณ์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง บุคคลจะต้องพยายามปรับตัว ถ้าการปรับตัวในด้านนี้ไม่สำเร็จจะส่งผลให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีพฤติกรรมเรียกร้อง

หงุดหงิด ไม่พอใจ เขาแต่ใจตนเองและอาจถึงกับแยกตัวเองได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532)

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคมมีพฤติกรรมการแสดงออก อารมณ์และความรู้สึกของบุคคลได้เหมาะสม เป็นการตอบสนองความต้องการและเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม (Social integrity) ในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปตามปกติ ซึ่งบทบาทในสังคมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป รอย (Roy & Andrew, 1991) แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

3.1 บทบาทปฐมภูมิหรือบทบาทพื้นฐาน (Primary role) หมายถึง พฤติกรรมหลักที่เป็นพื้นฐาน ของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงของชีวิต ตามอายุ เพศ ระยะเวลาการ เช่น บทบาทวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

3.2 บทบาททุติยภูมิหรือบทบาททั่วไป (Secondary role) หมายถึง ภารกิจของบุคคลที่ต้องกระทำ โดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับระยะพัฒนาการและเกี่ยวข้องกับบทบาทปฐมภูมิ บทบาททุติยภูมินี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสังคม จะเป็นบทบาทที่ต้องมีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง เป็นบทบาทที่คงอยู่นาน พร้อมกับมีพัฒนาการตลอดเวลา เพื่อให้บุคคลสามารถเป็นตัวของตัวเอง(Autonomy) ในช่วงต่างๆ ของชีวิต เช่นบทบาทการเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร เป็นต้น

3.3 บทบาทตติยภูมิหรือบทบาทอิสระ (Tertiary role) หมายถึง บทบาทที่บุคคลเลือกเองโดยอิสระ อาจรวมถึงการเลือกงานอดิเรกหรือการเลือกทำกิจกรรมต่างๆและเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับบทบาททุติยภูมิ เช่น บิดายอมรับบทบาทประธานชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้าน โดยมีวาระ 1 ปี เป็นต้น

บทบาททั้ง 3 ประเภทนี้จะแปรไปตามสิ่งเร้า ตามระยะพัฒนาการและภารกิจที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีการปรับบทบาทใหม่ เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนับเป็นบทบาททุติยภูมิอีกบทบาทหนึ่ง ที่เกี่ยวพันมาจากบทบาทปฐมภูมิ

ในการปรับตัวตามบทบาทแต่ละบทบาท บุคคลอาจไม่สามารถปรับตัวได้เนื่องจาก พฤติกรรมปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ที่มีความบกพร่อง พบได้ใน 4 ลักษณะ คือ

1) การแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงบทบาทได้เหมาะสมทั้งทางด้านพฤติกรรมและวาจา แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เช่นผู้ป่วยแสดงกิริยาสดชื่น แจ่มใส หัวเราะร่าเริง เพื่อปกปิดความวิตกกังวลและความกลัวที่ตนเองมีอย่างมากต่อการเจ็บป่วย หรือการผ่าตัด เป็นต้น

2) ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท (Role conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดจากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาทของตนได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความหวังของตนเองและความคาดหวังของผู้อื่น ที่มีต่อบทบาทนั้นไม่ตรงกัน เช่น บุตรชายคนเดียวของมารดาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง ไม่สามารถให้การดูแลมารดาได้อย่างเต็มที่ในบทบาทของบุตร เนื่องจากมีภาระหน้าที่ในการทำงาน

3) ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Role failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต เกิดความล้มเหลวในการแสดงบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูภรรยาและบุตร

4) การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่น บุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการดูแลมารดาที่ป่วยให้ดีขึ้นตามความคาดหวังของสังคม แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคมอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งปกติบุคคลจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่รู้จักกัน หรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษ เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ฝ่ายนี้ควรเป็นไปอย่างสมดุล คือ เป็นผู้ให้และผู้รับไปพร้อมๆ กัน จะทำให้การอยู่ในสังคมเป็นไปอย่างราบรื่น บุคคลใกล้ชิด แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

4.1 บุคคลสำคัญ (Significant other) หมายถึง ผู้ที่บุคคลรับรู้ว่ามีผลสำคัญหรือมีความหมายต่อชีวิตตนเองมากที่สุด มักเป็นคนในครอบครัวซึ่งผูกพันต่อกันอย่างแน่นแฟ้นและลึกซึ้ง

4.2 ระบบเกื้อหนุน (Support system) หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความผูกพันกับบุคคลนั้นๆ แต่อาจมีความผูกพันน้อยกว่าบุคคลสำคัญที่กล่าวข้างต้น อาจเป็นบุคคลที่เป็นเครือญาติ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนฝูง หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

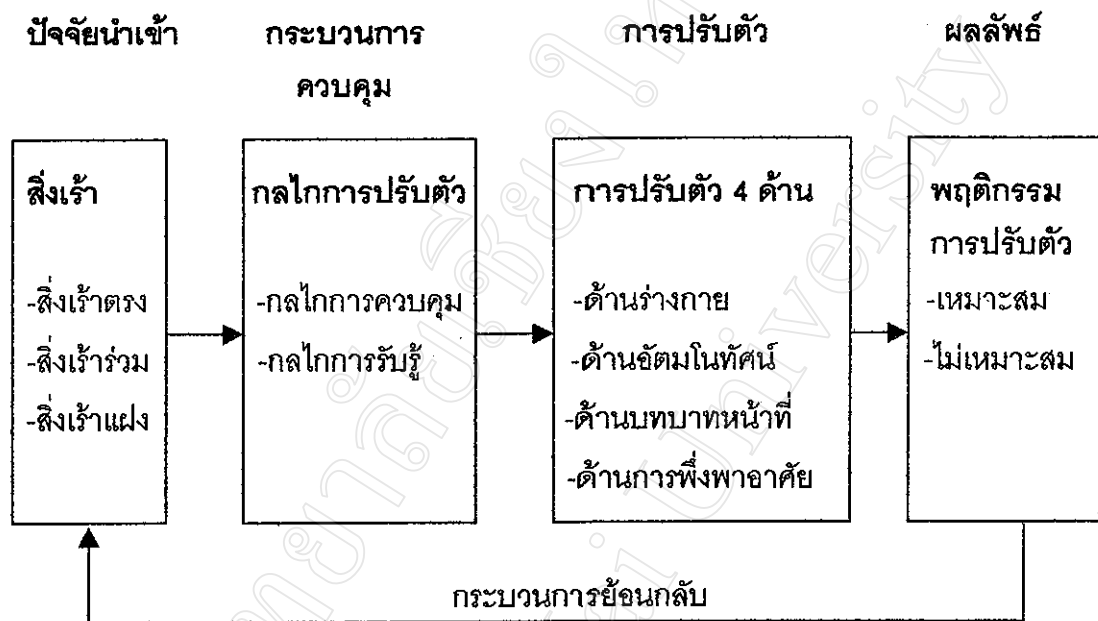
ถ้าการปรับตัวมีปัญหา จะแสดงออกมาเป็นความบกพร่องของพฤติกรรม 2 ลักษณะดังนี้

1) พฤติกรรมการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependent) คือ มีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การพัฒนาการ และระดับวุฒิภาวะได้

2) พฤติกรรมพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independent) คือ เป็นความรู้สึกขัดแย้งที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองตามที่ต้องการได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธ หงุดหงิด หรือทำร้ายผู้อื่น บางรายอาจเฉยเมยแยกตัวเอง

ผลลัพธ์ (Output)

สิ่งนำออกจากระบบบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัว อาจจะเป็นการปรับตัวที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ การปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล นั่นคือ นำไปสู่ความสุขที่สมบูรณ์ การที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีการปรับตัวดีหรือไม่นั้น สามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรม การปรับตัวของเขา ถ้าพฤติกรรมการปรับตัวเป็นการตอบสนองของบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงหรือบรรลุตามเป้าหมาย ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม (Adaptive behavior) แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นตอบสนองออกมาในทางตรงกันข้าม ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Ineffective behavior) โดยที่พฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้น จะย้อนกลับเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ดังแสดงในแผนภูมิ 1 ดังนี้



แผนภูมิ 1 แสดงการปรับตัวของบุคคล

(Roy & Andrews, 1991)

จากการศึกษามโนทัศน์ของการปรับตัว สรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่พยายามจะทำให้เกิดภาวะสมดุล ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่เร้าซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด มีกระบวนการควบคุมที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลใช้ในการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุล โดยแสดงพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาอาศัย ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดของร่างกาย ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) ญาติผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 อย่างตามภาวะสุขภาพและระยะของพัฒนาการ มีดังนี้

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นสำหรับทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ระยะต่างๆ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

- 2.1 พัฒนาเข้าสู่ภาวะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
- 2.2 ป้องกันผลเสียของพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ร่างกายที่ผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ ความต้องการการดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ ญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลควรมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้ญาติกล้าแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การวินิจฉัยโรค การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันพยาธิสภาพที่อาจจะเกิดขึ้น การตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่องและติดตามความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ญาติผู้ดูแลควรเข้าใจและรับรู้ต่อผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่อาจกระทบต่อพัฒนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคเป็นมากขึ้น รวมทั้งรู้จักวิธีการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ญาติผู้ดูแลต้องรับรู้ สนใจ ผลของการรักษาและการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา จากการที่ผู้ป่วยมักต้องนอนพักอยู่บนเตียงนาน ๆ และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ท้องผูก กระดูกพรุน ข้อติดแข็ง นอกจากนี้ต้องรู้จักประเมินปัญหาที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ เช่น อาการใจเต้นผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาและคำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป

3.5 ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นในการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเรียนรู้ี้ จะต้องมีความสามารถผสมผสานความต้องการการดูแลในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วย

ป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อ พัฒนาการของตนเอง

เมื่อการดูแลที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการสนองตอบอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้ 1) การรอดชีวิตหรือการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา 2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล 3) ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนากาย ตามความสามารถของบุคคล 4) มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 5) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ 6) ส่งเสริมสวัสดิภาพ ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะของการเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนากาย การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โอเรม (Orem, 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ได้อธิบายไว้ว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ทารก เด็ก ผู้ใหญ่ในบางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้อื่นเรียกว่า Dependent care ผู้ที่ให้การดูแลเรียกว่า Dependent care agent ในบางสภาวะความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) อาจจะไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ คำว่า "Agent" หมายถึงความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ ส่วน "Agency" หมายถึงความสามารถในการกระทำ

ในสังคมปัจจุบัน การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีความสำคัญมาก เนื่องจากการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีความพิการและผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลตนเองที่ย่างยากซับซ้อน จนเกินกว่าที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเองตามลำพังหลังจากได้รับอนุญาตให้

ออกจากโรงพยาบาล แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองคือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Orem, 1991)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เปรียบได้เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Capabilities for dependent – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรง ที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่จำเป็นในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมโยงการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจของผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอ

สำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไปซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรู้

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักการจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม
ต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่สนใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น อย่างไรก็ตาม โอเรม (Orem, 1995) เน้นว่าพยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสม และมีความเต็มใจ ที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

การประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Denyes / Fildey Dependent Care Agency Instrument) คือ ฟิลเดย์ (Fildey, 1986 cited in Hass, 1990) ได้ดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเดนิส (The denyes Self – Care Agency) ซึ่งสร้างขึ้นในปี 1980 เพื่อต้องการวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคล ในความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้แสดงความตรงของโครงสร้าง โดยได้รับการสนับสนุนจากการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ต่อมาฟิลเดย์ ได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และนำไปใช้กับผู้ปกครองเด็ก จำนวน 30 คน พบว่า ใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง

ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง หากผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาได้ เช่น แผลกดทับ ช้ำติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเลวลง แต่ถ้าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น แม้ว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันอาจเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลคุ้นเคย หรือเคยทำอยู่เป็นประจำ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีข้อบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนกว่าปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกลืนอาหาร มักจะได้รับการให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย เช่น ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย ต้องได้รับการฝึกให้ถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา เป็นต้น นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง เช่น การห่ม พยุง ยก หรือพลิกตัวผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการช่วยเหลือตามกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการหดเกร็งหรือการตึงรั้งของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวด หรือเกิดแผลกดทับ ช้ำ จากการลาก ดึง อวัยวะของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการช่วยป้องกันอันตรายต่อร่างกายของญาติผู้ดูแล อันเนื่องมาจากวิธีการช่วยเหลือเคลื่อนไหวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น อาการปวดหลังหรือเอว เป็นต้น

2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

21. การประเมินและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินสุขภาพของผู้ป่วย เป็นการสังเกต ตรวจสอบอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยอย่างคร่าวๆและสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อระบบต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย เช่น

ระบบประสาท สัญญาณชีพ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ผิวหนัง จิตใจ และอารมณ์ สำหรับการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย เป็นการจดบันทึกอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ญาติสังเกต หรือตรวจพบอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินสุขภาพและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติทางด้านการคิด สติปัญญา เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแล ควบคุมตนเอง (Self - monitoring) หรือขาดความสามารถในการสังเกตตนเอง (Self - observation) ไม่สนใจ หรือละเลยต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ การประเมินสุขภาพผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ อย่างคร่าว ๆ โดยผสมผสานการตรวจร่างกายภายนอก ร่วมกับการสังเกตอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะให้การดูแล อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ การจดบันทึกและเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จะทำให้ญาติผู้ดูแลทราบความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา และช่วยให้สามารถตัดสินใจให้การดูแล หรือวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับ ภาวะของผู้ป่วย

2.1 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ หรือมีข้อ จำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนนานๆ หรือมีข้อจำกัดใน การทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดแผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ญาติของ ผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับ

2.1.1 การจัดท่านอนของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งรูปทรงของ ร่างกาย และเป็นการป้องกันความพิการ เช่น ปลายเท้าตก ข้อบิดผิดรูป เป็นต้น

2.1.2 การพลิกตะแคงตัว หรือการปรับเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทุก 1-2 ชั่วโมง ทั้งท่านั่งและท่านอน

2.1.3 การดูแลรักษาความสะอาดและป้องกันความเปียกชื้น ทั้งร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสื้อผ้าและที่นอน เป็นต้น ความเรียบตึงของที่นอนจะช่วยป้องกันการเกิด รอยกดทับบนผิวหนังได้

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ

ตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตภาพ ทั้งการออกกำลังกาย ก่อร่างสร้าง การฝึกกลืน เดิน รวมทั้งการฝึกทักษะที่ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟันและแต่งตัว เป็นต้น

3. การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

3.1 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นได้ การสร้างความหวังและกำลังใจ ญาติผู้ดูแลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร แต่งตัว แม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ช้า ไม่เรียบร้อย ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนการปฏิบัตินั้นๆ ให้กำลังใจ ไม่แสดงความรำคาญ ให้ความมั่นใจแม้ว่าบางครั้งการฝึกภาคปฏิบัติของผู้ป่วยจะไม่มีผลก้าวหน้าขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ท้อแท้ อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลจะต้องระมัดระวัง ในการให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยท้อถอย และไม่สามารถเผชิญกับความเป็นจริงได้

3.2 การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การยอมรับ เข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจมาจากพยาธิสภาพของสมอง และข้อจำกัดหรือความผิดปกติของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข สูญเสียอิสระในการพึ่งพาตนเอง การที่ญาติผู้ดูแลให้การยอมรับ เข้าใจ และมีความหนักแน่นในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมทั้งการสังเกตและให้การดูแลเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทราบสาเหตุความแปรปรวนของอารมณ์ผู้ป่วย และสามารถช่วยแก้ไขตามสาเหตุได้

จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลดังกล่าว มีความยุ่งยาก สลับซับซ้อน ญาติผู้ป่วยจะต้องทำหน้าที่อันเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นญาติผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงสิ่งสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ญาติ หรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพ ความอยู่รอดและความปลอดภัย เรียกว่า ผู้ดูแล (Caregiver) สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โอเรม (Orem, 1991) มองว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Taylor, 1989) ดังนั้นเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายคนเป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคำว่า ผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือและการให้เวลาในการดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2541; จินะรัตน์ ศรีภักทธิบุญ, 2540; Horowitz, 1985) คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว ให้อาหาร ช่วยในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น
2. ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่ด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้เวลาในการดูแลไม่มาก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในประเทศ (จอม สุวรรณโณ, 2540; นงลักษณ์ พันชมภู, 2540; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วันดี ไตสุขศรี, 2540; อรทัย โสมรินทร์, 2540) และของต่างประเทศ (Barer & Johson, 1990; Walker et al., 1995) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะโดยทั่วไป ดังนี้

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี สถานภาพสมรสโสด หรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน
2. มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย

3. มุ่งเน้นเฉพาะให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็น ค่าจ้างหรือรางวัล
4. เป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (Primary caregiver) และอาจจะมีบุคคลอื่นๆ (Secondary caregiver) ที่อยู่ในเครือข่ายช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง หรือให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

สรุปการปรับตัวและความสามารถในการดูแล

ญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ในการดูแล ต้องรับบทบาทใหม่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ที่แย่งลง (Dennis et al., 1998) จะเกิดความเครียดสูง มีความรู้สึกเป็นภาระหนักที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก (Kiecott et al., 1987; Vilatino et al., 1989 cited in Davis, 1992: 3; นงลักษณ์ พันชมภู, 2540) ญาติผู้ดูแลจะใช้เวลาและกลวิธีในการเผชิญปัญหา การพัฒนาทางจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวได้เหมาะสม เมื่อระยะเวลาที่ให้การดูแลนานขึ้น จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแสดงศักยภาพในการดูแลออกมาได้ ญาติผู้ดูแลจะมีความรู้สึกในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้สึกเป็นสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบด้าน การที่ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในบทบาทผู้ดูแลได้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในบทบาทมาก ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี (Dennis et al., 1997) ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาล ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ค้นหาและพัฒนาความสามารถ โดยเน้นให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และเตรียมความพร้อม สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง (Brereton, 1997) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การปรับตัวและความสามารถในการดูแลผู้อื่นของบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ตามลักษณะของปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด (Orem, 1995) ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแล ยังได้แก่ อายุ ซึ่งจากการศึกษาของเบล (Bell, 1977) ที่ศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างความเครียดในชีวิตกับวิธีการเผชิญปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย ที่มีความเครียดทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ส่วนเพศก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวและสังคม เพศที่ต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้และบทบาทที่ต่างกัน กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมักจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มักจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวเท่านั้น (Walker et al., 1995) นอกจากนี้ระดับการศึกษา ก็เป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Orem, 1995) ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986) เพราะการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้จนประสบผลสำเร็จมาแล้ว นำมาเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Jalowice & power, 1981) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการปรับตัว โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ตนเอง ในด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญยิ่งในการช่วยเสริมสร้าง และสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ (Orem, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ในการสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว (จุฬา ภูโพนุลย์, 2534) ส่วนระยะเวลาการดูแลของญาติผู้ดูแล มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแลจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1995) ที่บุคคลได้เรียนรู้ภายใต้ระบบสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ระยะเวลายาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล

ช่วยให้ผู้ดูแลปรับบทบาทในการดูแลและเกิดเป็นความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรม อย่างไรก็ตามระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล (Riffle, 1989) และทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกยากลำบากในการดูแลมากขึ้นได้ (Schott – Baer, 1993) แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อเวลาและการให้คุณค่าในการจัดการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากความจำเป็นของภาระหน้าที่เป็นประจำ ซึ่งต้องดำเนินควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นสาเหตุของการเร่งรัดผู้ดูแล อันเป็นผลที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากทำให้มีเวลาในการพักผ่อนลดลง เมื่อการให้การดูแลลดลง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีชีวิตรันทด (Gonsalves – Ebrahim, 1985 ; Atcherson, 1981 cited in Brunier & McKeever, 1993; นางสาวกัญญา พันธ์มณี, 2540) และระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ โดยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องข้อมูลต่างๆ การฝึกทักษะในการจัดการกับภาระงานที่จำเป็น กิจกรรมการดูแลต่างๆ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น (Hasselkus, 1988; Baldwin, 1990 cited in Davis, 1992) การมีระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ สามารถใช้บริการในชุมชนได้สะดวกและเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับต่างๆ สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปรับตัว

กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลประสาท จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความหวังและแบบสอบถามการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ส่วนความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และยังพบว่าสัมพันธภาพใน

ครอบครัว ความหวังและระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 61.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์การดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บและพาร์กินสัน ที่มารับการรักษาที่ คลินิกประสาท ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 104 ราย การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ครั้งแรก เก็บข้อมูล เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ในการดูแล ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

ผลการวิจัย พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < .001$; $p < .001$) และร่วมทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ ($p < .05$) ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวก ($p < .01$) กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า และช่วยทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าได้ร้อยละ 14 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ ($p < .05$; $p < .05$) ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวก ($p < .01$) กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นความเครียด และทั้งหมดร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า เป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่ามีผลดี ($p < .05$; $p < .001$) และร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า มีผลดี ได้ร้อยละ 19 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียด

ในบทบาทของผู้ดูแล ($p < .001$; $p < .001$) และร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19

กิตติกร นิลมานัต (2538) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญกับความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 2) ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ครั้งที่ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียด โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโพลัคแมน เป็นแนวทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลจำนวน 43 คน โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลของมิเชล และแบบสอบถามวิธีการเผชิญกับความเครียดของจาลอวิก

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงสุด และใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ระดับการศึกษาและครั้งที่ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญกับความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

ฐิติมาน แก้วขาว (2539) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร และเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีการรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลปกติ จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปรับตัวด้านสรีรวิทยาโดยการตรวจร่างกายร่วมกับการสังเกต และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่

และด้านการพึ่งพาอาศัย สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของรอย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย อยู่ในระดับเหมาะสม โดยมี คะแนนเฉลี่ยด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูงสุด และมีคะแนนเฉลี่ยด้านอัตมโนทัศน์ระดับต่ำสุด
2. การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร ด้านสรีรวิทยา ด้าน บทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัย อยู่ในระดับเหมาะสม แต่การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ อยู่ในระดับไม่เหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูงสุด และมีคะแนน เฉลี่ยด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับต่ำสุด
3. คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ไม่มีความ แตกต่างกัน

ดาราวรรณ กำแพงไส (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในระยะหลังคลอดของมารดา ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวทางใน การศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในระยะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะ หลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีระดับ ความเครียดต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในระยะหลังคลอดได้ดี

จกกลณี ดุ้ยเจริญ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 , 2 และ 3 ของโรงเรียนสหศึกษาจำนวน 3 โรงเรียน อำเภอเมือง จังหวัด

นครราชสีมา ประจำปีการศึกษา 2539 จำนวนทั้งสิ้น 440 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ลำดับการเกิด อายุของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดาและรายได้ของครอบครัว กลุ่มที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางตามลำดับ กลุ่มที่มีสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดาสูง จะปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดาต่ำและปานกลางตามลำดับ

ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างดี และมีการปรับตัวในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียระดับค่อนข้างดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 21.3 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบุตร ระดับการศึกษาของมารดา และอายุบุตร สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 30.5

ฐิณี ชีวพูนผล (2541) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้ทฤษฎีของรอยเป็นกรอบแนวคิด

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดมีอิทธิพลต่อการปรับตัวตามสมมติฐานที่สร้างขึ้น และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.4 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์และด้านบทบาทหน้าที่ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทุกด้าน ส่วนภาวะในการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า สภาพของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วย คือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง มีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย

พนิดา วาราชนนท์ (2541) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลพระมงกุฎ จำนวน 250 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา และแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับดี การสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ร้อยละ 35.84 และพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 100 คนเป็นญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง มีความเครียดจากการดูแลในระดับค่อนข้างต่ำ ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้งด้านเผชิญหน้า กับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญปัญหาด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างสูง ความเครียดจากการดูแล อายุของญาติผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสามารถในการดูแล

นภาพรณ แก้ววรรณ (2533) ศึกษาผลการรับรู้ญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 รายเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการรับรู้จากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เกณฑ์การประเมินการพึ่งพาสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นของญาติ และโปรแกรมการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันของกลุ่มที่ได้รับการรับรู้ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ อันอาจเกิดขึ้น ของกลุ่มที่ได้รับการรับรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยของกลุ่มที่ได้รับการรับรู้ เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นของญาติกลุ่มที่ได้รับการรับรู้ เปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ระยะเวลาในการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโฮมเป็นแนวทางในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของฟิลเดย์ (Fildey, 1986) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์ โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลเด็ก ที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เมื่อใช้สมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการดูแลเด็กพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการศึกษาและอายุ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลเด็กได้ร้อยละ 42

จันทร์เพ็ญ แชนวูน (2537) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาความสามารถของอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 80 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประเมินความเหนื่อยหน่ายโดยใช้แบบสอบถาม ที่สร้างโดยแมสแลชและแจคสัน ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 สร้างโดยแบรนด์และไวเนอร์ท

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับไม่มีถึงระดับต่ำ ด้าน

ความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง เมื่อนำตัวแปรอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 15.8 เพศและอายุ สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.7 อายุสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.83

สกาวิรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย มารดาเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนโฟรติก และโรคหอบหืด ที่พาบุตรมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ความสามารถในการดูแลบุตรของมารดา และผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ($r = -.0625, p > .05$)
2. ระดับการศึกษาของมารดาเด็กป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2895$)
3. อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว อายุของเด็กป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของเด็กป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ($r = -.0718, .1689, .0068, .0869$ และ $-.0116$ ตามลำดับ $p > .05$)
4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า กลุ่มตัวทำนายที่สามารถร่วมกันทำนาย

ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ระดับการศึกษา ซึ่งปัจจัยนี้สามารถอธิบายความผันแปรของความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 8.38

อรรถัย โสมนรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กรอบแนวคิดของโฮลมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด ซึ่งพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ที่ตึกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำราศนราดูร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3961$) ปัจจัยพื้นฐาน พบว่า รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2780, .2572$ และ $.1813$ ตามลำดับ) สำหรับสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.1405$) จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลและรายได้ของครอบครัว เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 30.68 ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่นำเด็กสมองพิการมาติดต่อการรักษาที่แผนกเด็กโรงพยาบาลราชานุกุล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความพิการของเด็ก แบบสอบถาม

การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของความพิการของเด็ก สามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการได้

มณี คุประสิทธิ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดา กับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก และเพื่อหาตัวทำนายความสามารถในการดูแลเด็กจากปัจจัยพื้นฐานของบิดามารดา รวมทั้งหาตัวทำนายภาวะสุขภาพของเด็กจากปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดา โดยใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของโฮเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มเด็กวัย 5 ขวบปีแรก และกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับการคลอดจากโรงพยาบาลสมุทรสงครามระหว่างเดือน พฤษภาคม 2533 ถึงเดือนเมษายน 2538 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างละ 107 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่สร้างโดย เอเวอร์และคณะ (Evers et al., 1985) และเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก สำหรับการทำนายความสามารถในการดูแลเด็กพบว่า จำนวนบุตร ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 42 โดยระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดรองลงมาคือจำนวนบุตร และรายได้ของครอบครัว

วันดี ไตสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งจากคลินิกตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล แบบวัดความเครียด และแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.14 ส่วนความเครียดและภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 และ 2.24 ตามลำดับ และพบว่าความสามารถใน

การดูแลของผู้ดูแลกับความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่า ความสามารถในการดูแลจะไม่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลและการดูแล แต่คะแนนความสามารถในการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และความสามารถในการดูแลรายข้อ พบว่า ความสามารถในการดูแลด้านความรู้อยู่ในระดับน้อย

จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโฮเรมเป็นแนวทางศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน มกราคม ถึงพฤษภาคม 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้จาก 2 วิธี คือ (1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และการศึกษาหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง (2) การเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ โดยพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกตและให้เหตุผลวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยและการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีเวลาดูแลผู้ป่วย

จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ (2540) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ จำนวน 40 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนด มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพศ จำนวนปีการศึกษาและระยะเวลาการดูแล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลักและพาผู้ป่วยมารับการตรวจและติดตามผลการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ระหว่าง เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2540 จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบวัดภาระการดูแล แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของโอเบิร์ต (Oberst, 1991) และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แปลและดัดแปลงมาจาก แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของวอลเกอร์และทอมป์สัน (Walker & Thompson, 1983) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำมีค่า 34.92 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำมีค่า 60.51 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.48 และเมื่อวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายภาระการดูแล พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13

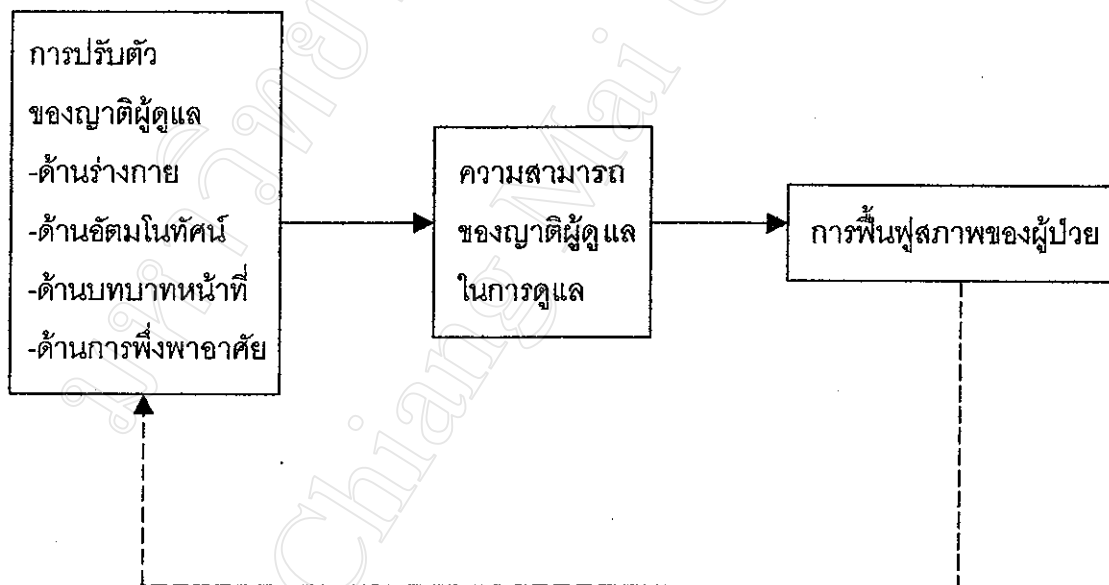
สรุปจากการศึกษางานวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง ความเครียดระดับต่ำ การเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวและการปรับตัวโดยรวม อยู่ในระดับดี สำหรับด้านความสามารถในการดูแล พบว่า อายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ความเครียดในการดูแล ระดับความรุนแรงของความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล และความสามารถของญาติผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล ความวิตกกังวล แรงงูใจของญาติผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ งานวิจัยทั้งหมดนี้มีผู้ศึกษาเฉพาะการปรับตัวของญาติผู้ดูแลหรือความสามารถของญาติผู้ดูแลเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น แต่งานวิจัยดังกล่าวยังไม่มีผู้ศึกษาถึง การปรับตัวและความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลที่มีการปรับตัวได้ดี จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระดับสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการปรับตัวและความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหาความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ตัวแปร โดยศึกษาจากการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย อัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาอาศัย และความสามารถในการดูแลทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความแข็งแกร่งของร่างกายของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การปฏิบัติบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและการให้คุณค่าต่อสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ในด้านเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรังและความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจแก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาญาติผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการปรับตัวและใช้ความสามารถของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแนวคิดเรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอรัม สรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย