

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้คือ

1. ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.2 ลักษณะของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.3 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
2. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 2.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการดูแลที่บ้าน
 - 2.3 ประโยชน์และข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

1.1 ความหมายของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ได้มีการให้คำจำกัดความที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ คือ การประจําระหว่างชาติที่เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ในปี 1952 (The National Commission on Chronic illness) ได้กำหนดความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง การเสียหายที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งอาจมีเพียง 1 ลักษณะ หรือมากกว่า ดังต่อไปนี้)

1.1.1 โรคที่ไม่สามารถรักษาพยาบาล หรือเป็นไปอย่างถาวร

1.1.2 มีความพิการหลงเหลืออยู่

1.1.3 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้

1.1.4 ต้องการฝึกฝนพิเศษ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีรูปแบบเฉพาะ

1.1.5 ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง หรือต้องการดูแลเป็นระยะเวลานาน

ริทชี และ คณะ (Ritchei ,et.al.,1984) ได้ให้ความหมายว่า โรคเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมานานกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน หรือเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการยืดเยื้อสามารถจะมีอาการรุนแรงขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด

วาทีณี บุญชะลิกษ์ (2530) ได้ให้ความหมายของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ว่าเป็นความเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการ เป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วันขึ้นไป และโรคบางโรคที่รวมอยู่ในกลุ่มที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะมีอาการไม่ถึง 90 วัน ก็ตาม

นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) กล่าวว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เลวลง หรือตายในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Milliken และ Campbell (1985) กล่าวว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งถาวรที่มีระยะเวลานาน เป็นความเจ็บป่วยทางกาย ใจ และ อารมณ์ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งไปที่การควบคุมอาการและแสดงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ ช่วงอาการกำเริบรุนแรงจะมีอาการแสดงอย่างเฉียบพลัน อาจต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการแสดง และช่วงอาการสงบอาการแสดงจะบรรเทาลงอาจไม่มีความต้องการยาหรือการรักษาอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรำคาญ และรบกวน การดำเนินชีวิต หรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหมายถึง ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ เป็นอย่างถาวร มีความพิการเหลืออยู่ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีความต้องการการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบไม่สามารถพยากรณ์ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและมีความจำกัดในด้านต่าง ๆ

1.2 ลักษณะของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

Cooney (1962) ได้กล่าวถึงลักษณะของโรคเรื้อรังว่า สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และสามารถกระจายไปทุกระบบของร่างกาย มีผู้ป่วยน้อยมากที่จะเป็นโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว หน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย จะได้รับผลกระทบจากโรคนี้ทั้งระบบ นอกจากนี้การดำเนินการของโรคจะดำเนินการไปอย่างช้า ๆ ยังไม่ปรากฏให้เห็นในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังอาการมักจะรุนแรงและลุกลามไปทั้งระบบของร่างกายแล้ว และเมื่อให้การรักษาก็พบว่าผลของการรักษาปรากฏให้เห็นช้าจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็โรคนี้ขาดแรงจูงใจและกำลังใจในการรักษาโรคหรือต่อสู้กับโรค ยิ่งทำให้อาการและการดำเนินของโรคเลวลง แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องรักษาทั้งระบบโดยการทำงานเป็นทีมตั้งแต่จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล โภชนาการ และ อื่น ๆ จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการดีขึ้น

นอกจากนี้ กรรณิการ์ สุวรรณโคต (2530) ยังได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อรังที่มีผลทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปรับตัวได้ยากกว่าผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน ดังนี้คือ

ลักษณะที่ 1 เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจึงไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ผู้พิการก็ไม่สามารถนำสิ่งที่สูญเสียให้กลับคืนมาได้เช่นเดิม ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคพิการจึงต้องมีชีวิตอยู่กับสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป

ลักษณะที่ 2 มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางเลวลงต่อไปคือมีการลุกลามการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น โดยสะสมและทยอยเข้าหาเป็นช่วง ๆ ทำให้ชีวิตต้องอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อความตายทุกขณะ

ลักษณะที่ 3 ต้องการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต การรักษาจะช่วยให้อาการทุเลาหรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคเกิดช้าลง แต่การรักษาไม่

สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอน ในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้นและมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ด้วยตนเองเป็น ระยะเวลาสั้น

ลักษณะที่ 4 ต้องเผชิญกับภาวะเครียดรอบด้าน เนื่องจากการสูญเสียที่ติด ตามมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ขยายกว้างไปสู่การปรับเปลี่ยนทั้งในด้านบทบาท สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทในหน้าที่การงาน ในสังคม

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าอาการของโรคเรื้อรัง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไปมีความจำกัดในกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ 38.3% (Ellis and Nowlis , 1994) ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

1.3 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

1.3.1 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อตัวผู้ป่วย

Strauss (1975) ได้กล่าวถึงปัญหาที่พบเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) การป้องกันและการเผชิญกับภาวะวิกฤติของโรค 2) การควบคุมอาหาร 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) การพยายามป้องกัน และแยกตัวจากสังคม หรือเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง

Miller (1992 : 403-411) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดความสูญเสียทุกขั้วทรวงอย่าง มากต่อสุขภาพของตนเองและการควบคุมหน้าที่การทำงาน เช่น การสูญเสียการประสานงานของร่างกายเพียงบางส่วน สูญเสียในบทบาทของตน สูญเสียความนับถือของตนเอง สูญเสียความมั่นคง สูญเสียต่อการดึงดูดเพศตรงข้าม สูญเสียความมีสัมพันธภาพต่อสังคม สูญเสียความมีอิสระ และสูญเสียเศรษฐกิจ

ลำดับขั้นตอนการสูญเสียของผู้ป่วยเรื้อรังมีดังนี้

ประการที่ 1 สูญเสียสถานภาพทางสุขภาพในด้านการทำหน้าที่เกี่ยวกับพลังงาน ความเข้มแข็งของชีวิต ความสามารถในการติดต่อประสานงานของกล้ามเนื้อ การควบคุมการทำงานของลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ

ประการที่ 2 สูญเสียร่างกายบางส่วน เช่น อวัยวะ ผม น้ำหนัก

ประการที่ 3 สูญเสียบทบาทในหน้าที่และความปลอดภัย

ประการที่ 4 สูญเสียความนับถือของตนเอง

ประการที่ 5 สูญเสียความมั่นคงความสามารถในการทำงาน

ประการที่ 6 สูญเสียความสามารถทางเพศ

ประการที่ 7 สูญเสียความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ

ประการที่ 8 สูญเสียความมีอิสระ ความสามารถในการดูแลตนเอง

ประการที่ 9 สูญเสียเศรษฐกิจ

จัวร์ตัน มิตรทองแท้ (2532) กล่าวว่าปัญหาที่เกิดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพ และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บปวดและอาการของโรค

ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อยพยายามแยกตัวขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิต และคุณค่าในตนเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองเพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกลัวตายกลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้าง หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยหรือเป็นที่รักกลัวเสียความรักจากคนรอบตัวและหมดหวังในที่สุด อารมณ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เครียดแค้น และรู้สึกสูญเสีย

ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วย บางคนจึงต้องออกจากงานหรือ เปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทตัวเองในครอบครัว และ สังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่

ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากอัตมโนทัศน์ถูกรบกวนมีความผิดปกติด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

ด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีเพศสัมพันธ์น้อยลงเนื่องจากความอ่อนแอของร่างกาย และความจำกัดในการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มณีวรรณและคณะ (2537 : 240) ในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้านพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ต้องอาศัยผู้อื่นทั้งหมดในเรื่องการดูแลความสะอาดของร่างกาย ร้อยละ 62.7 การแต่งกายร้อยละ 50 การรับประทานอาหารร้อยละ 51 การดูแลการขับถ่ายร้อยละ 47.3 และการออกกำลังกายร้อยละ 48.2 นอกจากนี้ยังมีความต้องการหายจากโรคและความพิการ ร้อยละ 35.2 ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการเงิน ร้อยละ 26.1

1.3.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อสังคม

ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย (Barry,1989) เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานานมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มักพบความพิการเหลืออยู่พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ หรือ/และต้องมีการดูแลให้ความช่วยเหลือแนะนำ สังเกต และติดตามในระยะยาว (ประคอง อินทรสมบัติ,2534 : 142) ในการรักษาไม่ว่าจะใช้เวลาในระยะสั้นหรือระยะยาวก็ตาม ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายมากอันส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวเนื่องจากภาวะของโรคทำให้เกิดความพร่องในการช่วยเหลือตนเอง อันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวในการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงสภาพบทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว อาจต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งก็พบว่าในครอบครัวที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นเหตุให้มีปัญหาโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น (สุดศิริ นิรัญชุนหะ ,2530 : 1) ผู้ป่วยบางรายต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ หรือเป็นเวลานาน ๆ ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิดา มณีวรรณและคณะ (2537 : 239 -241) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับไปอยู่บ้านเกิดโรคแทรกซ้อนร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่เป็นแผลกดทับร้อยละ 68.4 รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจร้อยละ 31.6 ปอดบวมร้อยละ 21.1 ระบบปัสสาวะร้อยละ 15.8 สำหรับผู้ดูแลพบว่าเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ คือ มีความ

วิตกกังวลร้อยละ 86.4 ไม่ได้ออกกำลังกายร้อยละ 69.1 เบื่อหน่ายร้อยละ 56.4 นอนไม่หลับ สนิทร้อยละ 28.6 และมีปัญหาอื่น ๆ อีก ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 30.9 มีความเครียดหนัก ร้อยละ 22.7 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 20.9 มีความต้องการให้พยาบาล เยี่ยมบ้านร้อยละ 98.2 ต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการ พยาบาลร้อยละ 50.9

เห็นได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างมาก การเข้าใจถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้สามารถประเมิน ปัญหาความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การ ให้การรักษาพยาบาลดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา ต่าง ๆ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและ เหมาะสม

2. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ความหมาย

American Medical Association ให้ความหมายการดูแลที่บ้านว่าเป็นการให้การดูแล การสังคมนาการ การบำบัด การฝึกอาชีพ การบริการสังคม การดูแลงานบ้านทั้งหมด เป็น องค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งการให้บริการจะเป็นการขยายขอบเขตของการ ดูแลภายใต้ความรับผิดชอบการบำบัดของแพทย์ โดยแพทย์เป็นผู้แสดงความจำนงขอรับบริการให้ แก่ผู้ป่วยของตนจากหน่วยงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การบำบัดรักษาของตนโดยดำเนินการอย่างมีรูปแบบช่วยกันประเมินและวางแผนการให้การดูแลที่บ้าน (Humphery and Milone Nuzzo,1991:3)

Humphery and Milone-Nuzzo (1991:2) ได้กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การที่สถานบริการทางสุขภาพจัดขึ้นเพื่อให้การบริการพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ และ การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น ให้ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยแบบเรื้อรังและเฉียบพลันโดยการ ผสมผสานหลักการพยาบาลชุมชน ซึ่งเน้นเรื่องของสภาพแวดล้อม จิตสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสถานภาพบุคคลและครอบครัว บริการที่ให้นั้น เพื่อการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่พิการหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ได้รับการ

ดูแลรักษา และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยและต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ทั้งในระยะสั้นและยาว

Taylor and Lemone (1993 : 38 -39) กล่าวว่า การดูแลที่บ้านเป็นองค์ประกอบของการดูแลต่อเนื่องที่สำเร็จรูปในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพให้แต่ละบุคคลและครอบครัวในบ้านของพวกเขา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือซ่อมแซมสุขภาพ หรือให้พวกเขามีความเป็นอิสระมากที่สุดขณะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และการเจ็บป่วยจะรวมถึงทั้งระยะสุดท้ายของความเจ็บป่วยด้วย

ประพิน วัฒนกิจ (2536:5) ได้กล่าวว่าการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล (2539 : 1) ได้กล่าวว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้นหรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรและครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการบริการแบบเชิงรุกที่ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผน ประสานงาน ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะพิการ ความเจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพ และรู้จักแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยพยาบาลจะเป็นผู้มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึง ถึงสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว หรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและมีความรับผิดชอบร่วมกัน พร้อมทั้งได้รับความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุน ให้ความรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวในที่พักอาศัยของตนเอง ด้วยการใชระบบสนับสนุน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การดำรงรักษาสุขภาพ และมีอิสระในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชาชนในชุมชนได้ จากการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและการสอนให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วย พิกการและเพื่อให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะได้ใกล้ชิดครอบครัว ในยามเจ็บป่วย (ประพิน วัฒนกิจ, 2536: 5-6; จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2538: 69-70; วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลี้มตระกูล, 2539; Rice, 1996: 14-15)

2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการดูแลที่บ้าน

โรคเรื้อรัง เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มที่จะมีมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มากกว่าร้อยละ 70 ของประชาชนที่เสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคเรื้อรัง (Havas, 1987: 344) และพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการดูแลและความช่วยเหลือจากครอบครัวหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 26) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานติดต่อกันเกิน 6 เดือน ก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือเหลือความพิการ อาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (Remission) หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็น ๆ หาย ๆ พยาธิสภาพไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย จิตใจ ต้องการการแนะนำช่วยเหลือเป็นระยะเวลายาวอาจตลอดชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ และมีการจำกัดในด้านต่างๆ ใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษาพยาบาล (รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ 2536 : 21) ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระของครอบครัว ถูกตัดออกจากสังคม รู้สึกเหงา ว่าเหว่ วิตกกังวลทั้งในด้านโรคและเศรษฐกิจเนื่องจากต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ซึ่งการนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ทั้งครอบครัวและรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดปัญหาจำนวนเตียงไม่พอกับการรับผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวหรือชุมชนหรือเป็นภาระน้อยที่สุด และส่งเสริมความสามารถและความ

รับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่อสุขภาพตนเอง (กันยา กาญจนบุรานนท์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 และ 8 ที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการทั้ง 4 มิติ ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ ส่งเสริมบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง ส่งเสริมการดูแลตนเอง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 อ้างถึงในจุฬารัตน์ ศรีลิขิตานนท์, 2537) ซึ่งส่งผลช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล นาน ๆ และเพิ่ม การหมุนเวียนเตียง (Turn over) รับผู้ป่วยใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ป่วยเรื้อรังที่พ้นระยะวิกฤติแล้วก็จะได้รับการดูแลที่บ้านต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้ คำแนะนำ อย่างกระจ่างในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปลอดภัย ให้กำลังใจ ชี้นำแก่ครอบครัว (ชนิดา มณีวรรณ และคณะ, 2537 : 238) โรคของผู้ป่วยจึงจะเข้าสู่สภาพปกติ ลดจำนวนการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาล และครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย (พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2532)

2.3 ประโยชน์และข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จุฬารัตน์ ศรีลิขิตานนท์, 2537 : 36-37)

ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- 2.3.1 ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมีความเป็นส่วนตัว ลดความหวาดกลัว วิตกกังวลใจลดลง
- 2.3.2 โอกาสที่จะติดเชื้อน้อยกว่าอยู่โรงพยาบาล
- 2.3.3 ใช้จ่ายน้อยกว่าอยู่โรงพยาบาล
- 2.3.4 ผู้ป่วยที่มีโอกาสที่จะแสดงกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดความร่วมมือร่วมใจ เห็นอกเห็นใจกัน มีความรัก มีความห่วงใยต่อผู้ป่วย
- 2.3.5 ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมของสถานพยาบาลที่บ้านตนเองได้ตามต้องการ มีความเป็นอิสระจากกฎเกณฑ์ของทางโรงพยาบาล
- 2.3.6 บ้านเป็นสถานที่ดีสำหรับการสอนและการเรียนรู้
- 2.3.7 หลีกเลี่ยงปัญหาทางด้านอารมณ์ที่ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัว
- 2.3.8 มีการดูแลตนเองได้ดีในบ้านมากกว่าในโรงพยาบาล

2.3.9 ช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลลง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงด้วย

2.3.10 ช่วยสงวนเตียงของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากกว่า
ข้อเสีย

2.3.1 การเพิ่มภาระ และความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคคล ในครอบครัว

2.3.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินจะไม่ได้รับบริการดูแลรักษาที่บ้าน

2.3.3 เพิ่มความเบื่อหน่ายให้กับครอบครัว

2.3.4 ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความมีอิสระ

2.3.5 ครอบครัวต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนมากขึ้นที่บ้าน

2.3.6 ในกรณีฉุกเฉินจะไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือได้ทัน

2.3.7 บุคลากรไม่เพียงพอ

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติและกลายเป็นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งมีความคุ้นเคย โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแล (Ringeven and Jorenby, 1988 : 111) จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สิ่งที่สำคัญเหนืออื่นใด พยาบาลจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านจึงต้องคำนึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุน เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยโครงสร้างของสัมพันธภาพอาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยอาจเป็นสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บิดา-มารดากับบุตร และญาติสนิท หรืออาจเป็นบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน (Weiss, 1969 ; Kaplan, Cassel & Gero, 1979 ; Pilisuk, 1982 ; Thoits, 1982) การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเชื่อว่าเขา

จะได้รับความรักและความดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสามารถให้สิ่งที่ดี ให้การบริการและการป้องกันให้กันและกันในเวลาคับขันหรือเวลาที่เกิดอันตราย (Cobb, 1976 cited by Sarafino, 1990) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Weiss (1969) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และไว้วางใจรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสเป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย

Cobb (1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการยอมรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมีความผูกพันกันโดยการที่บุคคลได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

House (1981 cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต้องประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) และ Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ จะสามารถทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้นอาจเนื่องจากระบบ การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความทุกข์ ความกังวลใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญสนับสนุนให้แสดงความคิดเห็นความรู้สึกให้ความรู้ในการแปลตามเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ผลสะท้อนกลับต่อพฤติกรรมของบุคคล มีบุคคลที่ให้ความไว้วางใจได้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำช่วยสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของการปฏิบัติและวัตถุประสงค์ของเงินทอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขจัดการโดยเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นการเพิ่มการยอมรับตนเองและสภาพอารมณ์ของตนเอง รวมทั้งก่อให้เกิดการร่วมมือกันในการพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น (McCorkie & Grant, 1994)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุน (Brown, 1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางปฏิบัติ หรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

ด้านที่ 3 การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา

ด้านที่ 4 การสนับสนุนทางด้านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจและนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นร่วมในสังคม

ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ ดังต่อไปนี้

ระบบที่ 1 การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด

ระบบที่ 2 สนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์

ระบบที่ 3 การสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุทิศต่าง ๆ (Religious organization or Denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้บุคคล ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยน ความเชื่อ ค่านิยม คำสอน เป็นต้น ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

ระบบที่ 4 สนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และมีความสำคัญ เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

ระบบที่ 5 การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

ไวส์ (Weiss, 1974:17-26 cited in Brand and Weinert, 1981: 277-278) ได้กล่าวถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Model of relational function) ประกอบด้วย

1. ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นใจและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
3. การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
4. การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance)
5. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร

Sarafino (1990) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการให้ความรัก ความจริงใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยต่อบุคคล การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์เพียงพอจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความคอยดูแลเอาใจใส่มีความเชื่อมั่น และมีคนรักในเวลาที่เกิดภาวะเครียด

ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem support) หมายถึงการได้รับความเชื่อถือการยอมรับเห็นด้วยและสนับสนุนความรู้สึกของบุคคล รวมทั้งการยกย่องเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ รวมทั้งผู้อื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าด้วยการสนับสนุนด้านนี้จะมีประโยชน์มากในระหว่างเกิดภาวะเครียด

ด้านที่ 3 การสนับสนุนด้านวัตถุ (Tangible or Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการให้หรือยืมเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด

ด้านที่ 4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่หรือตอบสนองการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองได้ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนในการให้คำแนะนำไปการปฏิบัติตนในผู้ป่วยจะพบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมักได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และส่วนใหญ่จะได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความยกย่อง

นับถือเชื่อฟังตลอดจนยินดีให้การปฏิบัติตามหรือบุคคลที่พบความยุ่งยากในการตัดสินใจเกี่ยวกับหน้าที่การงานก็อาจต้องรับคำแนะนำหรือการเสนอความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมงาน

ตามแนวคิดของโอเร็มกล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลประการหนึ่ง การมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเองโดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองในสองแนวทาง แนวทางหนึ่งเป็นการสนับสนุนโดยตรง คือการสนับสนุนหรือช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและบริการต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในอีกแนวทางหนึ่งคือ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนโดยอาจเป็นความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น เช่น บุคคลในสังคม เป็นต้น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี (Mulen Kemp & Sayles, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Hanucharunkul, 1988 ; สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2531; อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531; จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532 ; แพรวระพี เรืองเดช, 2534 ; น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535)

4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็มกล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองว่า 'เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้จะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังนำมาให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ ด้วย' (Orem, 1991:69 ; 1985:125)

การดูแลตนเอง (Self-care) คือ กิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวันโดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือ

สิ่งแวดล้อมเพื่อความคุ้มครองปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพ หรือความ ผาสุกของบุคคลนั้น ๆ (Orem, 1991) ถ้าบุคคลสามารถจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้องและมีประสิทธิภาพก็จะสามารถรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการให้เป็นไป อย่างปกติสุข (Orem, 1991)

Orem (1991:366) ได้ให้ความหมายของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และเมื่อทำไปแล้วจะคงไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนการป้องกันส่งเสริม สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล โอเร็มแบ่งความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ประการ คือ

- 4.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites)
- 4.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites)
- 4.3 ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health-deviation Self-care Requisites)

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

4.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็น ความต้องการของมนุษย์ทุกคน ทุก ๆ ช่วงชีวิต เป็นการปรับตัวตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ตาม ระยะของพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการปรับเหล่านี้เป็นกระบวนการของชีวิตเพื่อ รักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล ซึ่งโอเร็มแบ่งความต้องการการดูแล ตนเองโดยทั่วไปไว้ 8 ประการ คือ

4.1.1 การคงไว้และได้รับอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจควรหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่อทางเดิน หายใจหรือสารก่อภูมิแพ้ ควรอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์และถ่ายเทสะดวก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทาง ด้านโรคหัวใจ ระบบไหลเวียนเลือด อาจมีอาการเหนื่อย หน้ามืด หรือเวียนศีรษะ การทำงาน หรือกิจกรรมเกินความสามารถของสภาพร่างกาย อาจทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

4.1.2 การคงไว้และได้รับน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

โดยปกติร่างกายต้องการน้ำที่สะอาดในปริมาณที่เพียงพอผู้ใหญ่ควรได้รับน้ำ

อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับในผู้ป่วยโรคหอบหืดควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว แต่ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอาจมีความต้องการน้อยกว่าปกติในภาวะที่พบบ่อยน้ำเกินเพราะจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น

4.1.3 การคงไว้และได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และรับประทานให้เพียงพอทั้ง 3 มื้อ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ส่งผลให้เกิดภาวะของโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากระบบไหลเวียนเลือด ความดันโลหิตสูง หัวใจ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน หมักดอง รสเค็มจัด ในผู้ป่วยเบาหวาน หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ขนมและผลไม้ที่มีรสหวาน

4.1.4 การได้รับการดูแลหรือเตรียมการเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและกำจัดของเสียให้เป็นไปอย่างปกติ

เช่นการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรรับประทานอาหารกากมาก ได้แก่ ผักผลไม้ และควรรายอุจจาระให้เป็นเวลา ในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ควรสังเกตปริมาณน้ำดื่มและจำนวนปัสสาวะว่ามีความสมดุลหรือไม่ หรือสังเกตภาวะน้ำเกินได้โดยการชั่งน้ำหนัก หรือตรวจสอบโดยใช้นิ้วมือกดบริเวณหน้าแข้ง ถ้าบวมกดบุ๋มหรือน้ำหนักขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวันแสดงว่ามีภาวะน้ำเกิน

4.1.5 การคงไว้และรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมต่าง ๆ และพักผ่อน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ควรประเมินการเต้นของหัวใจก่อนและหลังการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประโยชน์จากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอคือกล้ามเนื้อทุกส่วนแข็งแรง ทำงานได้ดีขึ้น กระปรี้กระเปร่าขึ้น หัวใจสูบฉีดโลหิตดีขึ้น หายใจดีขึ้น มีการเพิ่ม Vital Capacity, Perfusion และ Cardiac Output ทำให้กลับคืนในเวลาพักผ่อนกลางคืน ซึ่งในการพักผ่อนควรนอนหลับคืนละ 7-9 ชั่วโมง (ไพบูลย์ พานิชยการ, 2526 : 63)

4.1.6 การคงไว้และรักษาความสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัว และการ

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ดีต่อการเจ็บป่วยและมีผลต่อการปรับตัวและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลตนเอง

4.1.7 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิต และความผาสุก

การป้องกันอันตรายต่อชีวิตทั้งจากสิ่งแวดล้อมและจากสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น เช่น การป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ การระวังรักษาสุขภาพ ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เข้าไปในสถานเริงรมย์ที่แออัด หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่กำลังเป็นหวัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะต้องรับประทานยาประจำ ดังนั้นจึงควรทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้อยู่ประจำ และหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่แพทย์หรือพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะอาจจะเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางฤทธิ์ของยาที่ได้รับหรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้

4.1.8 การส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาการในสังคม โดยคำนึงถึงศักยภาพ ข้อจำกัด และความปรารถนาที่เป็นปกติของบุคคลนั้น ๆ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย โดยการพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง โดยการพึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสม

4.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นความต้องการส่วนหนึ่งของความต้องการโดยทั่วไป แต่โอริเริ่มแยกออกมาเป็นความต้องการอีกประเภทหนึ่งเนื่องจากความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีชนิดและปริมาณที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ เป็นความต้องการที่นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาการของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบางช่วง เช่นการตั้งครรภ์ การสูญเสียบุคคลที่รัก นอกจากนี้โอริเริ่มยังแบ่งความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.2.1 ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะที่สนับสนุนการดำเนินชีวิต และกระบวนการของพัฒนาการแห่งชีวิต ซึ่งช่วยให้มนุษย์มีพัฒนาการและวุฒิภาวะที่ดีขึ้น

4.2.2 ความสามารถในการป้องกันผลกระทบใด ๆ ที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการของบุคคล ซึ่งโอริเริ่มกล่าวว่าการป้องกันนี้มี 2 ลักษณะ คือ

4.2.2.1 การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

4.2.2.2 การบรรเทาหรือเอาชนะอันตรายที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบนี้เกิดจาก การขาดการศึกษา มีปัญหาในการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดีหรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน หรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมกะทันหันมีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ภาวะกดดัน เผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

4.3 ความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ(Health-deviation Self-care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงไปมีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเองได้เช่นเดียวกัน โอเร็มกล่าวว่าความต้องการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเปราะบางทางสุขภาพมีดังนี้ คือ

4.3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

4.3.2 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ในระยะหรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง

4.3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการและความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป

4.3.4 ตระหนักและเอาใจใส่ในการควบคุมความไม่สุขสบาย และอันตรายที่เกิดจากการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพอนามัย รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง

4.3.5 ปรับและเปลี่ยนแปลงอัตรานิสัยและภาพลักษณ์เพื่อให้สามารถยอมรับตนเองในภาวะสุขภาพขณะนั้นและในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทาง สุขภาพ

4.3.6 เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพ ความรุนแรง ระยะของโรคและผลกระทบจากการวินิจฉัยและการรักษา และสามารถรักษาแบบแผนการดำเนินชีวิตให้ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

เมื่อความต้องการทั้ง 3 อย่างนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้ 1) การรอดชีวิต 2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล 3) การได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล 4) มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับปรุงหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 5) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ 6) ส่งเสริมสวัสดิภาพซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 16)

กล่าวโดยสรุปโอริเม ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองว่า บุคคลมีความต้องการการเรียนรู้ เข้าใจ และมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับความรู้วุฒิภาวะ ประสบการณ์ชีวิต เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้บุคคลสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลเกิดโอกาสในการเรียนรู้การดูแลตนเองจากครอบครัวและชุมชน กระบวนการในการเรียนรู้ จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และความผาสุกของชีวิต บุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisite) ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองทั้งในภาวะปกติ เพื่อส่งเสริมบุคคลตามระยะพัฒนาการ ประคับประคองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยใช้ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกตนเองในการควบคุมการทำหน้าที่และพัฒนาการภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลตนเองและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อมรา ปานทับทิม (2519) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมดหญิงและเพศชาย จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 71 ต้องการการปรับทุกข์เพื่อระบายข้อข้องใจ และมีผู้ป่วยร้อยละ 25 คิดว่าเมื่อกลับบ้านจะมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน กลัวว่าจะไม่หายเป็นปกติ และทำงานอย่างเดิมไม่ได้ กลัวโรคจะกำเริบและกลับเป็นอีก กลัวว่าจะนำโรคไปติดผู้อื่น กลัวว่าจะมาโรงพยาบาลไม่ทันถ้ามีอาการมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านถึงร้อยละ 72 เพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำต่าง ๆ ในระยะแรกที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ($P > .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .56$) การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ($P > .05$) และปัจจัยเงื่อนไขทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ แต่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($P < .001$) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ร้อยละ 11

รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ครอบครัว ทางเพศ การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ และด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูงนั่นคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปรับการกระทำ ความรู้สึก และความนึกคิดที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตน้อย สถานภาพส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ และระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และลักษณะอารมณ์ และบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพศ และระดับการศึกษา สามารถผันแปรของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 48.93 ($R^2 = .4893$)

จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์ (2537) ได้ทำการศึกษาความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้องที่บ้านของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้องที่บ้านของพยาบาล ผู้บริหารหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยโดยส่วนรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เจตคติทางบวก และมีการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้องที่บ้านในระดับปานกลาง เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้องที่บ้าน จำแนกตามวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหารหอผู้ป่วย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบเจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแล

ผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้อที่บ้าน จำแนกตามวุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหารหอผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการวางแผนงาน ขั้นตอนการประเมินปัญหาผู้ป่วยพบว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคที่พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยรายงานมากที่สุด จำนวน 28 คน โดยระบุปัญหาตามลำดับ ดังนี้คือ 1) มีปริมาณงานมาก 2) ขาดบุคลากร 3) ข้อมูลสำหรับประเมินผู้ป่วยหาย 4) ขาดนโยบายจากโรงพยาบาล

ชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537) ได้ทำการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ในส่วนของผู้ดูแลพบปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย องค์การการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตต์ เพชรชาติ, โสภา เขียววิจิตร และตรุณี ภูษณสุวรรณศรี (2537) ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน พบว่าผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการอบรมเรื่อง “การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง” อยู่ในระดับสูงมาก ผู้ติดเชื้อมีความต้องการอบรมเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนครอบครัวมีความต้องการอยู่ในระดับมาก

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2538) ได้ศึกษาความต้องการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีในโรงพยาบาลรามธิบดี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละระยะของการรักษาด้วยรังสีตามกรอบแนวคิดการดูแลของลาร์สัน และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของบุคคลบางประการกับความต้องการการดูแลจากพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในแต่ละระยะของการรักษาด้วยรังสี ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนโดยรวมในปริมาณมากในทั้ง 4 ระยะของการรักษาด้วยรังสี ความต้องการการดูแลจากพยาบาลรายหมวดที่มีคะแนนในปริมาณมากคือ ความพร้อมของพยาบาล การให้คำแนะนำการสอน และการอำนวยความสะดวกการเฝ้าระวังและการควบคุมการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ แต่ในหมวดที่พบคะแนนประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ คือความพร้อมของ

พยาบาลและการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรส, ระดับการศึกษากับความต้องการการดูแลจากพยาบาลในบางระยะของการรักษาด้วยรังสี ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ และรายได้กับความต้องการการดูแลจากพยาบาลในทุกระยะของการรักษาด้วยรังสี

ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ โดยใช้กรอบทฤษฎีของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้ป่วยความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

เพ็ญลดา เคนไชวงศ์ (2539) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดาและเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงานตามลำดับ ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใจปานกลาง การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลเฉพาะภาวะเชิงปรนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Laferrierr (1993) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลของการบริการที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพของการได้รับการบริการพยาบาล สรรวจหลักสำคัญของความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการพยาบาลสุขภาพที่บ้านแสดงความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการพยาบาล โดยผ่านการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 4 ด้านคือ 1) เทคนิคการดูแลที่มีคุณภาพ 2) การติดต่อประสานงาน 3) ความสัมพันธ์ของบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้จัดการ และ 4) การบริการในการส่งต่อผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการประเมินการดูแลการพยาบาลที่พวกเขาทั้งหลายควรได้รับ

Prescott and others (1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการจำแนกผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลไปรับบริการดูแลสุขภาพต่อตามความต้องการที่บ้าน โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์และการสัมภาษณ์ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับ หน้าที่ทางด้านร่างกาย ภาวะพึ่งพาเมื่อออกจากโรงพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งข้อมูลส่วนตัว ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 93% ไม่ต้องการการบริการที่จัดไว้ให้อย่างมีรูปแบบ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการแต่ไม่ได้รับการส่งต่อ และผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการดูแลจะมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน

Yueh-Juen Hwu (1995) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีผลกระทบอย่างมากต่อการทำหน้าที่ทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม และผลที่กระทบน้อยที่สุดคือ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLS), การวินิจฉัย ระยะเวลาของโรค การพัฒนาของผู้ป่วยเด็ก จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านร่างกาย การวินิจฉัย ระยะเวลาของโรค สถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ การวินิจฉัย ระยะเวลาของโรค อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านสังคม การวินิจฉัย อายุ สถานภาพสมรส การพัฒนาของเด็ก และการดูแลในระยะแรก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลของการศึกษานี้เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะเศรษฐกิจ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการให้การดูแลรักษาพยาบาล เพราะการดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล แต่การจะให้การดูแลที่เหมาะสมตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้นั้น พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยให้ได้ เพื่อให้ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ ชี้แนะ อำนวยความสะดวก รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวที่จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Holistic care) การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านจากผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ครอบครัวลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาลง ลดระยะเวลาการ

รักษาตัวในโรงพยาบาล และยังผลให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง อัตราการครองเตียงลดลง มีการหมุนเวียนเตียงในโรงพยาบาลเร็วขึ้น และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวมีอำนาจในการดูแลตนเอง และช่วยทำให้พยาบาลมีอิสระในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นฤมล เพ็ญเจริญ, 2539 : 78-79)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

