# บทที่ 1
# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่ง ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hayes, 1991; Precipe et al., 1977) และเป็นโรคที่ติดลำดับ 1 ใน 5 ของโลกที่พบบ่อยในสหรัฐอเมริกาโดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA) ประมาณว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณ 500,000 คนถึง 600,000 คน และพบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ถึง 3 ล้านคน (Grant & Davis, 1996) โดยประชากรอายุ 50 ปี พบอุบัติการจำนวน 100 ต่อ 100,000 คน ขณะที่ประชากรอายุ 75 ปี พบเป็นจำนวน 1,000 ต่อ 100,000 คน (Collins, 1997) และอุบัติการเกิดสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535)

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรอันดับที่สี่รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุและได้รับสารพิษ รวมทั้งโรคหัวใจ โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อัตรา 26.6 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และจากการสำรวจอัตราชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อัตราความชุกในประเทศไทยมีสูงถึง 690 คนต่อประชากร 10,000 คน ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ในปัจจุบันจำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน (สถาบันประสาทวิทยา, 2544) นับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงและประมาณว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นอีก เนื่องจากอัตราการเกิดจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นโดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 10.8 ล้านคนหรือเท่ากับร้อยละ 15.3 ของประชากรทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) เมื่อประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นอุบัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

จังหวัดชลบุรีปี 2546 มีรายงานอัตราการเกิดโรคระบบไหลเวียนและหลอดเลือด ซึ่งรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย จำนวน 148,951 คน ในจำนวนประชากร 1,078,518 คนหรือคิดเป็นอัตรา 13,787.66 ต่อประชากร 100,000 คน นับเป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราการเกิดโรคอยู่ในอันดับที่สี่ (ฝ่ายพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2546) ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษา ตั้งแต่มกราคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 จำนวน 1,179 คน จากจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมประสาททั้งหมด 5,284 คน (สถิติผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญและพบมากที่สุดของโรคระบบประสาทสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงของสมอง แตก ตีบ อุดตันของเส้นเลือดภายในสมองทำให้สมองบริเวณนั้นเกิดการตายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2538, หน้า 40; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) จากการศึกษาของ ดอร์สัน (Dorson, n.d. อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2537) พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตภายใน 1 เดือนหลังป่วย สองในสามที่เหลือได้รับความทุกข์ทรมานจากความพิการถาวรหรือชั่วคราว ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกรนท์ (Grant & Davis, 1996) พบว่าร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 90 ของผู้ที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ตั้งแต่ความพิการเล็กน้อยจนกระทั่งไม่สามารถช่วยตนเองได้ หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วย (Periaed & Barbara, 1993) อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคนี้ก็คือ อัมพาตของครึ่งซีกของร่างกาย โดยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนได้ กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมี อาการทางระบบประสาทร่วมด้วยเช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส มีความพร่องในการรับความรู้สึกรวมทั้งความบกพร่องทางด้านความคิด ความจำ สติปัญญา การเคี้ยวและกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย เช่นท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Grant & Davis, 1996; Hayn & Fisher, 1997) จากความพิการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถกระทำด้วยตนเองได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ อาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤติเท่านั้น เมื่ออาการผ่านเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดรัฐบาล มีนโยบายการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วย จึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้นลง (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539) จากการศึกษาของ นุกูล ตะบูนพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2537) เรื่องภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย จำนวน 32 ราย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสภาพความพิการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดภาระการดูแล ได้แก่ ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 และกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 รวมทั้งยังพบปัญหาด้านการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะสภาพอารมณ์และจิตใจไม่ปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการเกิดแผลกดทับ จินตนา สมนึก (2540) ศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในกิจกรรมการขึ้นลงบันไดร้อยละ 82 การอาบน้ำร้อยละ 76 และการใช้ห้องสุขาร้อยละ 74 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่จะมีปัญหาเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้นแต่จะมีปัญหาด้านจิตสังคมด้วย พวงน้อย อรุณ (2536) พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 71.43 โดยปัญหาที่พบได้มากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล กลัว จากสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตวิญญาณและสังคม จากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ตั้งแต่วินาทีแรกที่ผู้ป่วยกลับมาถึงบ้านภายในครอบครัวเกือบทุกครอบครัวจะเกิดความวุ่นวาย มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางรายจะมีความตื่นตระหนก ไม่รู้จะช่วยทำอะไรก่อนหลัง ยิ่งถ้าในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวมาด้วย ก็จะทำให้สมาชิกเกิดความกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าดูแล หรือช่วยดูแลผู้ป่วยให้แต่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง พบว่าในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปบ้าน ครอบครัวมักให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือ แต่เมื่อผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยผ่านไปได้สักระยะเวลาหนึ่งครอบครัวมักจะให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ชนิดา มณีวรรณ (2535) การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ บทบาทในการเข้าสังคมก็ลดน้อยลง ซึ่งนับได้ว่าปัญหาดังกล่าว เป็นภาวะวิกฤติของครอบครัวคุกคามต่อความผาสุก และการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล

จากรายงานการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่ทำในต่างประเทศ พบว่ามีโนมติที่นำมาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ภาวะเครียด ความต้องการการดูแล ภาระการดูแล การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ตลอดจนการปรับตัวทางด้านจิตสังคม และการแสดงบทบาทหน้าที่ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539) และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ความต้องการการดูแล เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้ทำให้ทราบถึง ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลในด้านลบ เช่น ระดับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และทราบถึงความต้องการของผู้ดูแล (นิตยา สุทธยากร, 2531; รุจา ภู่ไพบูลย์, 2535; จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2537; ชนิดา มณีวรรณ, 2535; วิภาวรรณ ชอุ่ม, 2537;

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตุลยากร, 2538; กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร, 2539; เฟื่องลดา เดนไชยวงศ์, 2539; อรอุษา ชูบุรี, 2539; จอม สุวรรณโณ, 2540; จิตนา สมนึก, 2540; เพียงใจ ติรไพวงค์, 2540; พรชัย จูลเมตต์, 2540; สุนันทา ทองวัฒน์, 2540; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541) อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่บ้านจำนวนไม่น้อยได้รับความรู้สึกในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง (Motenko, 1989; Archbold, Steward, Greenlick, & Harvath, 1990) ผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดกับชีวิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วย

ความผาสุกในชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและบุคคลปรารถนาให้เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ซึ่งดูพาย (Dupuy, 1977) กล่าวว่าความผาสุกเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบของบุคคล บุคคลใดมีความรู้สึกทางบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากตามมาด้วย และบุคคลสามารถตัดสินได้ด้วยตนเอง การจะวัดความผาสุกของบุคคลนั้นจะต้องวัดให้ได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลมากกว่าที่จะวัดเพียงความรู้สึกภายนอก หรือสภาวะภายนอกจิตใจ ความผาสุกโดยทั่วไปของชีวิตตามแนวคิดของดูพาย ประกอบด้วยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องรับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนการดูแลเป็นระยะเวลานาน สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การสูญเสียการควบคุมตนเอง และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีปัจจัยหลายประการทั้งภายนอกและปัจจัยภายใน ทำให้การรับรู้ความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดความผาสุก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังและกำลังใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

ความสอดคล้องในการมองโลก (The Sense of Coherence) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุกในชีวิต เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบตนได้อย่างเหมาะสม เป็นแนวคิดที่มุ่งค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกในชีวิต แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1982, 1987) กล่าวว่าความสอดคล้องในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเอง และสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็สามารถจะเข้าใจได้

จัดการแก้ไขได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขโดยอาศัยแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป ได้แก่ ด้านกายภาพและชีวเคมี ด้านวัตถุ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ด้านค่านิยมและทัศนคติ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านวัฒนธรรม สังคมระดับใหญ่มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิตอยู่ได้

การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านอารมณ์ สิ่งของ การเงิน แรงงาน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่าง ๆ ตลอดจนบุคคลมีความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง (Brown, 1986; Cobb, 1976; Thoits, 1986 อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร, 2539) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแล ได้รับการยกย่อง รู้สึกตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอาจได้จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือกลุ่มสังคมอื่น ๆ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ในการสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยเหลือด้านการเงิน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาและโอกาสละวางจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว มีเวลาพักผ่อนนอนหลับ ทำธุระหรือเข้าสังคมได้ ซึ่งจะส่งผลต่อความผาสุกต่อผู้ดูแล

นอกจากการสนับสนุนทางสังคม และความสอดคล้องในการมองโลก ที่อาจมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลแล้ว ยังพบว่ามีปัจจัยบางประการที่อาจมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน โดยพบว่าในระยะแรกผู้ดูแลอาจจะปรับตัวต่อการดูแลได้น้อย แต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลจะมีการปรับตัวได้ดีขึ้นโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) อย่างไรก็ตามถ้าผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลเป็นระยะเวลานาน ต้องสูญเสียเวลาและพลังงานไปกับการดูแลผู้ป่วยอาจมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลได้

จากแนวคิดและงานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งศึกษาความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา วางแผนให้ความช่วยเหลือ

ผู้ดูแล ส่งเสริมความผาสุกในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมทำนายของความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ที่มีต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี

## คำถามการวิจัย

1. ความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

## สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรีคือ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการศึกษาด้านปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนการให้สุขศึกษาก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ไปใช้ประกอบ

การเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความผาสุกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ผลของการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี ได้แก่ ความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชลบุรี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในปี พ.ศ. 2546

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไปรับการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ระหว่าง 15 มีนาคม 2547 ถึง 15 เมษายน 2547

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือผู้ที่มิใช่ญาติ อาจจะอยู่บ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับผิดชอบดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากที่สุดโดยไม่คิดค่าจ้าง

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองด้วยสาเหตุของความด้อยสมรรถภาพทางร่างกายอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษา และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กำลังอยู่ในระยะการมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

**ความผาสุก** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกทางด้านบวกและด้านลบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกในรูปของความรู้สึกมีความสุข หรือมีความทุกข์โศก 6 ด้านคือความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ความมีชีวิตชีวา ประเมินได้จากแบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปในชีวิตของดูพาย (Dupuy, 1977) แปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ (2532) 14 ข้อแรกใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งแสดงถึงความมากน้อยหรือความบ่อยของการเกิดสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น ๆ และอีก 4 ข้อความใช้มาตราส่วนประมาณค่า 0-10 โดยมีคู่คำคุณศัพท์กำกับอยู่ปลายทั้ง 2 ด้าน ความผาสุกจำแนกเป็น 6 ด้านดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลมีปฏิกริยาตอบสนองในลักษณะของความรู้สึกว่าเครียด หงุดหงิด กลัว หวั่นวิตก จากการที่ผู้ดูแลมีการคิด และประเมิน ตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด

2. ความซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ตำหนิตัวเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับความสูญเสีย โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือ 1) ความซึมเศร้าในระดับต่ำ จะมีลักษณะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดเป็นครั้งคราวเช่นการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีค่า เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ 2) ความซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นภาวะที่รุนแรงกว่าระดับต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ซึ่งอาจกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ 3) ความซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลงผิด ประสาทหลอน

3. ภาวะสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรงหรือทำให้จิตใจมีความกังวลกับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามไปด้วย

4. ความมีชีวิตชีวา หมายถึง ความรู้สึกที่มีพลังกระชุ่มกระชวย มีขวัญและกำลังใจ สนใจการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่รู้สึกว่าเหนื่อยเหนื่อย หรือหมดแรง หมดพลัง กลางคืนนอนหลับได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและตื่นนอนด้วยความรู้สึกสดชื่น

5. ความผาสุกในด้านบวก หมายถึง ความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกด้านบวก เช่น การประสบผลสำเร็จในชีวิต การมีครอบครัวที่อบอุ่น บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน

6. การควบคุมตนเอง หมายถึง การควบคุมพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองให้มีความมั่นคง ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การมีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตลดลง

**ความสอดคล้องในการมองโลก** หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยความเข้าใจสามารถบริหารจัดการและให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นว่ามีคุณค่าและคุ้มค่าที่จะแก้ไข ประเมินโดยใช้แบบวัดความสอดคล้องในการมองโลกของ แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ (2532) แบบประเมินเป็นข้อคำถามที่บ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความช่วยเหลือประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน ตามแนวคิดของ แบรนท์ และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert, 1985) คือ 1) ด้านการได้รับความผูกพันรักใคร่ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และ 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่าง ๆ แบบประเมินเป็นข้อคำถามที่บ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก การสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. การได้รับความผูกพันรักใคร่ หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ การได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก มีความหมายและได้รับการดูแลเอาใจใส่ แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย เป็นคนที่ขาดความรัก มีอารมณ์ที่แตกต่างจากผู้อื่นและมองโลกในแง่ร้าย

2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือยกย่อง เห็นคุณค่า ชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม การให้อภัย การให้โอกาสในการปรับปรุงตัวเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือรู้สึกตนเองไร้ประโยชน์

3. การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในสังคมของตน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่ายเพราะขาดเพื่อน

4. การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การทีบุคคลมีโอกาสได้เลี้ยงดูผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบาย ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่พึ่งเป็นที่ต้องการของผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล บุคคลที่ขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

5. การได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่าง ๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ หรือการช่วยเหลือด้านการเงิน ของใช้ต่าง ๆ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนเองสิ้นหวัง

**ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง ระดับความสามารถที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องทำกิจกรรมประจำวันตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากดัชนีของบาร์เทล (Barthel Index) 10 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงสีฟัน และโกนหนวด 3) การอาบน้ำ 4) การสวมใส่เสื้อผ้า 5) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 6) การเคลื่อนย้ายตัวเองภายในบ้าน 7) การขึ้นลงบันได 8) การใช้ห้องสุขา 9) การกลั้นอุจจาระ 10) การกลั้นปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์การวัด 3 ระดับ คือทำได้เอง ทำได้แต่ต้องมีบุคคลให้ความช่วยเหลือ และช่วยตัวเองไม่ได้เลย

**ระยะเวลาในการดูแล** หมายถึง จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะพักฟื้นที่บ้านจนถึงวันที่ผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษา

**จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน** หมายถึง ระยะเวลาโดยเฉลี่ยเป็นชั่วโมงที่ผู้ดูแลใช้ไปกับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในหนึ่งวัน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

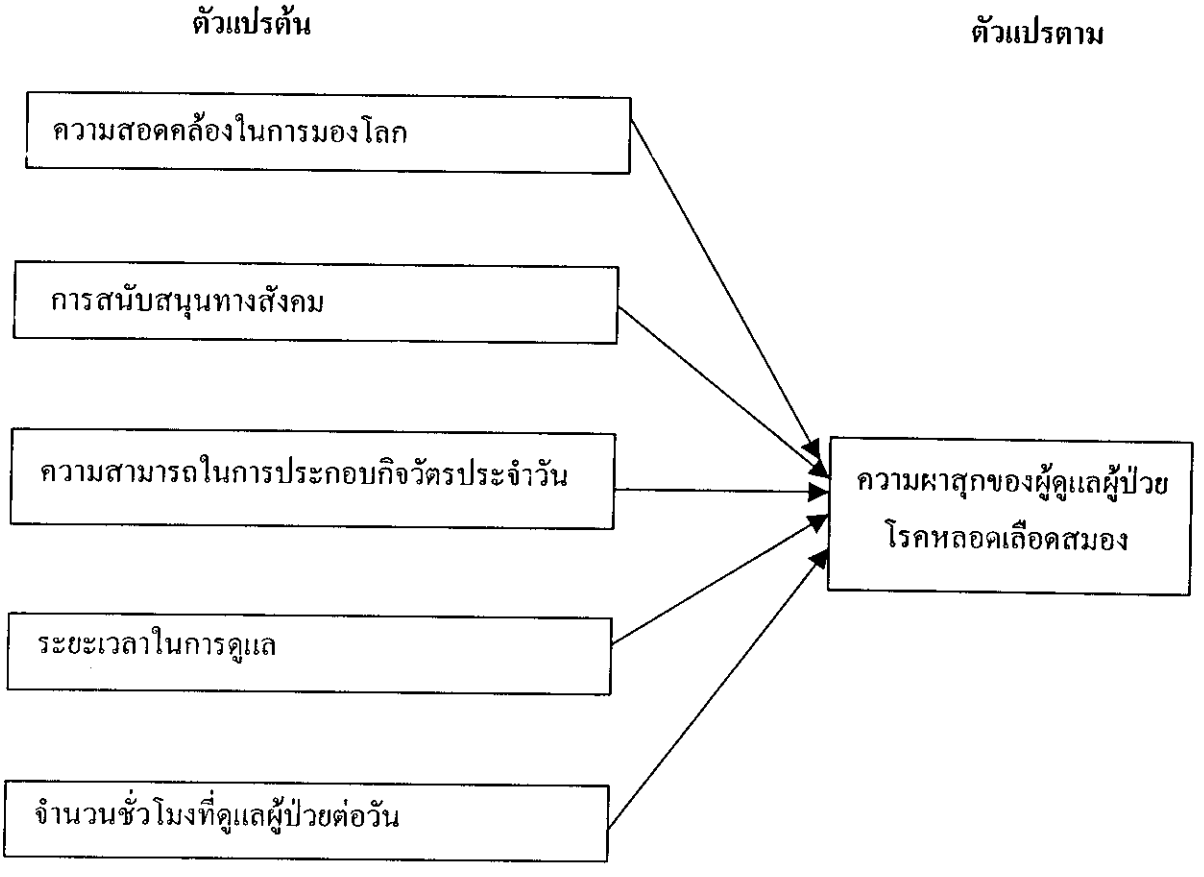
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกของ ดูพาย (Dupuy, 1977) แนวคิดความสอดคล้องในการมองโลกของ แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987, 1993) และ

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ แบรนด์ และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert, 1985) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยจากแนวคิดของดูพายคือแนวคิดในเรื่องความผาสุกเป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ 6 ด้านคือ 1) ความวิตกกังวล 2) ความซึมเศร้า 3) ภาวะสุขภาพทั่วไป 4) ความมีชีวิตชีวา 5) ความผาสุกในด้านบวก และ 6) การควบคุมตนเอง โดยความรู้สึกด้านบวกเป็นความรู้สึกที่มีความสุข ความพึงพอใจ มีพลัง กระตือรือร้น ส่วนความรู้สึกด้านลบ เป็นความรู้สึกเครียด หงุดหงิด ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย และผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกด้านบวกสูงด้านลบต่ำ โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแม้ว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว แต่ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายด้วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และเนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ให้ความช่วยเหลือและได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด ผลกระทบในด้านบวกจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี มีความหวังในการดูแล ก่อให้เกิดกำลังใจ การเสียสละ ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้โดยรู้สึกเป็นภาระน้อยที่สุด ซึ่งจะส่งผลตามมาคือผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ดีต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ได้แก่ความรู้สึกชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ซึ่งก็คือเกิดความผาสุกนั่นเอง

ส่วนแนวคิดของ แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ, 2532) กล่าวว่าความสอดคล้องในการมองโลกเป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเป็นสิ่งที่สามารถเข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล 2. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถบริหารจัดการได้ โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยได้อย่างเหมาะสม 3. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ท้าทาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง การรับรู้ทั้งสาม องค์ประกอบนี้ทำให้เกิดความสอดคล้องในการมองโลกสูง และหากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถเข้าใจได้ สามารถบริหารจัดการได้ และมีความหมายมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปดูแล ผู้ดูแลก็จะมีแรงจูงใจที่จะพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และหาทางจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ทำให้สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต และสามารถดำรงความมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิตได้

นอกจากนี้ตามแนวคิดของ แบรนด์ และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert, 1985) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

โดยมีการสนับสนุนกันใน 5 ด้านได้แก่ 1. ด้านความรักใคร่ผูกพัน 2. ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3. ด้านการได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น 4. ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง 5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและเพียงพอ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็ง และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกได้ และ เฮอร์แมน, โชฟิลด์, เมอร์ฟี และไซน์ (Herrman, Schofield, Murphy, & Singh, 1994) ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ดูแลนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มาศึกษาโดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1




ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย