

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 ความหมายการดูแล
  - 1.2 ความหมายของผู้ดูแล
  - 1.3 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความผาสุก
  - 2.1 ความหมายความผาสุก
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก
  - 2.3 การประเมินความผาสุก
3. ความหมาย แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.1 ความสอดคล้องในการมองโลก
  - 3.2 การสนับสนุนทางสังคม
  - 3.3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
  - 3.4 ระยะเวลาในการดูแล
  - 3.5 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย

#### การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### ความหมายการดูแล

มีผู้ให้ความหมายการดูแล ไว้ดังต่อไปนี้

การดูแล คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกาย และจิตใจ ตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแล ที่แตกต่างกันไปแต่ระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Kane & Kane, 2000, p. 321)

จอร์จ (Gorge, 1996) ให้ความหมายการดูแลว่าหมายถึงความช่วยเหลือที่ให้แก่บุคคลอื่น เพื่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต

เบวิส (Bevis, 1981 cited in Gorge, 1996) อธิบายว่าการดูแลเป็นกระบวนการและรูปแบบของศิลปะการปฏิบัติดูแลที่แสดงออกด้วยความรู้สึเกาใจใส่ อุทิศตนด้วยความรัก ในขณะมีสัมพันธภาพระหว่างกัน เพื่อการสนับสนุนและช่วยให้ผู้อื่นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ความรู้สึกในการดูแลเป็นการใช้ความคิดที่ละเอียดรอบคอบในการที่จะแสดงออกมาเป็นการกระทำ รวมทั้งมีปัจจัยร่วมที่มีผลทำให้การดูแลแตกต่างกันไป ตามค่านิยม วัฒนธรรม ภูมิภาค ระดับความเครียด และค่าใช้จ่ายขณะดูแล

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) กล่าวว่า การดูแลเป็นการกระทำที่ต้องปฏิบัติกับคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ประกอบด้วยความรู้สึก การนึกคิด และเทคนิคปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง และความเป็นจริงหรือสัจจะ (Fact & Truth) ที่สามารถรับรู้ได้ระหว่างกัน โดยมีความรู้ ทักษะ ปฏิบัติการดูแลและความรักเป็นพลังพื้นฐานในการดูแล

ในการศึกษครั้งนี้การดูแลหมายถึงกระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

#### ความหมายของผู้ดูแล

ความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและมีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จารึก ธานีรัตน์, 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาดูแล ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) อย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง ทั้งสองลักษณะนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ดริงก์ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลธรรมดาที่สามารถคาดการณ์การตอบสนองภาวะพร้อมของการดูแลของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการในการปรับบทบาทของผู้ดูแลดังนี้ 1) ระดับความสามารถและการพึ่งพาของผู้ป่วย 2) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 3) การแสดงออกหรือไม่แสดงออกของการขอความช่วยเหลือ 4) บทบาทและการตอบสนองอื่น ๆ ของผู้ดูแล

ไฮลิแมน, ลัคกี และฮัสเซนไนน์ (Hileman, Lackey, & Hassancin, 1992 อ้างถึงใน สุนันทา ทองวัฒน์, 2540) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลร่างกายและการปรับตัวต่อการดำเนินการของโรค โดยไม่คิดค่าตอบแทนใด ๆ

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมายผู้ดูแลว่าหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

โบรว์ และคณะ (Brown et al., 1990 cited in Bergman-Evans, 1994, p. 8) ได้กล่าวเกี่ยวกับความหมายของผู้ให้การดูแลว่า เป็นใครก็ได้ที่ลงมือปฏิบัติในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

บุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต และผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายผู้ดูแลว่าหมายถึงผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลจึงหมายถึงบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และผู้ป่วยต้องมีความสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยผู้ดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือผู้ที่มีไข้ญาติ อาจจะอยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนใด ๆ

การพิจารณาผู้ดูแลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่นสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

### ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล

การที่บุคคลใดหรือใครจะเป็นผู้ดูแลบุคคลที่รับผิชอบในการดูแลนั้น อาจขึ้นอยู่กับสาเหตุหรือปัจจัยของการเป็นผู้ดูแลหลายอย่าง ชูชื่น ชีวพลผล (2541) ศึกษาสาเหตุของการเป็นผู้ดูแลว่าขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด

2. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับความช่วยเหลือ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ซึ่งมักเป็นบุคคลที่ให้การดูแล

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับความช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีบุตรเป็นแพทย์ หรือพยาบาล บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

4. การยอมรับของผู้รับความช่วยเหลือ มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นที่ตนสนใจ

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำประจำอยู่ ดังเช่นกรณีบุตรที่ต้องทำงานประจำทุกวัน สถานที่ทำงานอยู่ไกล ย่อมมีเวลาหรือความสะดวกในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ที่บ้าน

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อยาได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

### คุณลักษณะของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และพัฒนาศักยภาพการดูแลของตนเอง จึงจะทำให้ผู้รับการดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี คุณลักษณะของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้แก่

1. บุคลิกหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีบุคลิกส่วนตัวที่เข้มแข็งอดทน มองการดูแลในแง่ดี มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นหรือหายได้ จะมีความพยายาม และ

อดทนต่อปัญหาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถึงที่สุดเช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและอดทนสูง จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็ง อดทนต่ำ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ส่วนผู้ดูแลที่มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง กลัว วิตกกังวล ไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแล จะส่งผลให้ความมั่นใจในการดูแลลดลง เกิดความผิดพลาดในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธยา สุทธยากร (2531) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง จะไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยทางอารมณ์ได้สูง ไม่มีความสุขในการดำรงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล

2. ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากบุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรืออาการดีขึ้นได้ และจากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญขุนทด (2541) พบว่าความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละราย มีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่นความรู้ ความสนใจในการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ การซักถาม หรือความช่างสังเกตของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุรารักษ์ สุขวิญญาณ์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย (2537) เรื่องผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ พบว่าญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อม จะมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพทำให้เกิดพลังที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและรับรู้ภาระการดูแลลดลง

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดในเรื่องความสามารถส่วนบุคคล ที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ ทำให้มีความยากลำบากในการจัดการหรือเผชิญต่อความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ หรือเจ็บป่วยบ่อย มีโรคประจำตัว มีความวิตกกังวล หรือต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความจำเป็น เนื่องจากเป็นหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขที่ต้องให้การดูแล เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่ง สุตศิริ หิรัญขุนทด (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้สึกรี้นหรือเหนื่อยล้ามากนัก

4. ความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเป็นการงานที่หนัก และสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล แต่หากผู้ดูแลมีความรัก ความสงสาร และเคยผูกพันร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมา จะทำให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นและมีความตั้งใจในการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) เพ็ญใจ ศิริไพวงศ์ (2540) และ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพหรือความรักใคร่ผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามมากหรือน้อย ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพหรือความรักใคร่ผูกพันกันดี จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าไม่คุกคาม และจะทำให้ไม่รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วย

#### การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว คือบุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (วิมลรัตน์ ถูวราวุฒิปานิช, 2538) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ออกเป็น 4 ด้าน (พาริดา อิบราฮิม, 2539, หน้า 52-66) ดังนี้

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เป้าหมายการดูแลที่สำคัญผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร เป้าหมายสำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ กลืนง่ายและไม่สำลัก กรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม รวมทั้งอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการดื่บประทานเอง จัดท่าศีรษะผู้ป่วยให้สูง ให้เวลาในการรับประทานอาหารโดยไม่เร่งรีบ ตรวจสอบเศษอาหารหลงเหลือในปาก ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร สำหรับรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง ให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร และให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งต่ออีก 45 นาทีหลังให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลัก

1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลจะต้องช่วยดูแลความสะอาดในช่องปาก ผมห ศีรษะ การทำความสะอาด

ผิวหนัง การใส่เสื้อผ้า สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้ดูแลจะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้นเช่น แก้วสำหรับนั่งอาบน้ำ แปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกผู้ดูแลจำเป็นต้องช่วยเช็ดตัวในส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเช่นบริเวณแผ่นหลัง ผู้ดูแลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และให้การช่วยเหลือเฉพาะในกิจกรรมส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้

1.3 การแต่งกาย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสม สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก

1.4 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ดูแลอย่าให้ท้องผูก ให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ตลอดจนกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกขับถ่ายอุจจาระในท่านั่ง เพราะจะทำให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระได้ดีขึ้น ผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือทำความสะอาดหลังขับถ่ายในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้กำลังใจและชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

1.6 การนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิของห้องพอเหมาะ ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน จัดสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดก่อนนอน และอาจใช้วิธีส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยเช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบา ๆ การดื่มนมอุ่น ๆ ก่อนนอน การใช้สมาธิ หรือ การให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และมีผลทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ (2535) ภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อกลับบ้านคือการเกิดแผลกดทับ รองลงมาเป็น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวมและระบบทางเดินปัสสาวะตามลำดับ ผู้ดูแลจำเป็นต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุดังนี้

2.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้ดูแลสามารถที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ โดยเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์นอนแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ดูแลผิวหนังที่ถูกกดทับทุกครั้ง ที่เปลี่ยนท่า และดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้ง สะอาด มีความชุ่มชื้นพอเหมาะอยู่เสมอ ดูแลให้ผ้าปู

ที่นอนเรียบตึงและแห้งสะอาด

**2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ** โรคปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) สาเหตุจากการสำลัก และจากการศึกษาของ เจียมจิต แสงสุวรรณ (2535) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนร้อยละ 40 จะมีการสำลัก และเกิดการติดเชื้อที่ปอดถึงร้อยละ 19 ผู้ดูแลต้องหมั่นขจัดเสมหะในปากคอ และทางเดินหายใจได้หมด ต้องกระตุ้นให้อาหารเพื่อขับเสมหะออก ช่วยเคาะปอดก่อนให้อาหารทุกมื้อและก่อนนอน พยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหาร และคอยดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก รวมทั้งจัดเสื้อผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอ

**2.3 การฟื้นฟูสภาพกำลังกล้ามเนื้อ** โดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการจัดทำของแขนขาให้ถูกต้อง ป้องกันการดึงรั้งของข้อต่อและปลายเท้าตก กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองด้าน

**2.4 การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ** โดยต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษา จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค ควบคุมอาหารประเภทไขมันรวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเช่น ปวดศีรษะมาก โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา ลับสน ชี้นิ้ว ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

**2.5 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสภาพร่างกายและการรับรู้สิ่งต่าง ๆ มีความบกพร่องจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่อันตรายเช่นของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย และคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว

### 3. การดูแลความพร้อมในด้านต่าง ๆ

**3.1 การติดต่อสื่อสาร** ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถของตนเองในการแสดงออกเพื่อการสื่อสาร พยายามใช้คำเดียว ๆ และประโยคสั้น ๆ และอาจใช้ท่าทางประกอบด้วย ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดจนจบ ไม่เร่งรีบผู้ป่วย ตั้งใจรับฟังคำพูดของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจจะพูดไม่ได้ต้องมีการใช้รูปภาพหรือให้เขียนแทน

**3.2 ความบกพร่องของระดับสติปัญญา** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจจะมี ความบกพร่องทางด้านความคิด ความจำ ผู้ดูแลจะต้องแนะนำเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และ สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ให้โอกาสผู้ป่วยในการซักถามและทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ

3.3 ความบกพร่องด้านการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก ผู้ดูแลต้องระวังไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักตำแหน่งของสิ่งของ เครื่องใช้ที่วางอยู่รอบตัว จัดสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ให้ผู้ป่วยได้มีความระมัดระวังอันตราย ที่อาจจะเกิดขึ้นกับแขนและขาส่วนที่เสียในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ

4. การดูแลเพื่อระดับประคองจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านจิตใจ เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บทบาท ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นปมค้อย ไม่นั่นคง การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรให้ความสนใจ เมื่อผู้ป่วยระบายความทุกข์ให้ฟัง และปลอบโยนให้กำลังใจ ผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นบุคคลธรรมดา ไม่แสดงท่าทีสมเพชหรือปกป้อง นอกจากนี้ผู้ดูแลควรชี้หลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง เพื่อดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งกิจกรรมเหล่านั้นมีความ ยุ่งยากซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยตรงจากการดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความผาสุกเป็นผลกระทบ ทางบวกที่น่าสนใจหากผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบในด้านบวกก็就会有ความเข้าใจ เห็นความสำคัญและ มีความตั้งใจจริงที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้การดูแลนั้นมี ประสิทธิภาพ และผู้ดูแลเองก็มีความผาสุกจากการดูแล

#### ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแล และการพบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบของการดูแลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นปัญหาโดยตรงที่ทำให้ผู้ให้การดูแล ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (Ade-Ridder, n.d. อ้างถึงใน สุนันทา ทองวัฒน์, 2540) โดยเฉพาะผู้ให้การดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการดูแลผู้ป่วย จะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและกำลังสติปัญญา หากผู้ให้การดูแลมีสุขภาพไม่แข็งแรงยิ่งจะทำให้ สุขภาพทรุดโทรมลง และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุมพะ (2541) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเกือบ ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน รับประทานอาหาร ไม่เป็นเวลา ปวดหลังปวดเอวเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้

ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย อิดโรย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ขุ่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแล ผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้หมดกำลังใจ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540)

3. ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาที่เป็นผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการแสดงบทบาท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน ไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะมากขึ้นตามสภาวะการดำเนินของโรค ดังนั้นผู้ให้การดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความช่วยเหลือในด้านค่ารักษาพยาบาล การเดินทาง เสื้อผ้า หรืออาหารและจากการศึกษาของ สูดศิริ หิรัญขุนหะ (2541) ยังพบอีกว่าผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแลพบว่าผลกระทบดังกล่าวเป็นผลในด้านลบจากการดูแลเป็นส่วนใหญ่ แต่จากการศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์ (2544) เรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ติดเชื้อมะเร็งไขกระดูกและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมีผลที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและลบดังนี้

1. ผลทางบวกได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลใน 5 ลักษณะคือ

1.1 ภาควิชาจิตที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ รู้สึกสุขใจที่ได้ดูแลช่วยเหลือมาตลอดอย่างเต็มที่ รู้สึกเหมือนการได้ทำความดีอย่างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความทรมาน ได้ทำเต็มที่และอย่าง

ดีที่สุดแล้ว ผลที่ได้คือความผาสุกด้านจิตใจ มีความนับถือตนเอง ภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์

1.2 ได้บทเรียนสอนตนเอง ได้เห็นความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความทุกข์ทรมาน ถือเป็นประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

1.3 ได้บทเรียนสอนคนอื่น จากการได้ทราบเกี่ยวกับโรค

1.4 ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือกัน ตลอดจนได้ทำหลาย ๆ สิ่งที่ไม่ได้ทำมาก่อน

1.5 มีโอกาสได้แทนคุณ ถือเป็นการตอบแทนคุณงามความดี ที่ผู้ป่วยเคยช่วยเหลือเมื่อในอดีต

2. ผลที่เกิดขึ้นในทางลบมี 4 ลักษณะคือ

2.1 เครียดรันททางอารมณ์ เมื่อตนเองต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จากการเจ็บป่วย เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เกิดความกดดันทุกด้าน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เข้ามารบกวนความรู้สึกต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

2.2 ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าฐานะของครอบครัว จะรับภาระได้ หรือต้องหยุดงาน ออกจากงาน ครอบครัวสูญเสียรายได้ ต้องประหยัด อดออม ตัดรายจ่ายที่จำเป็นมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ต้องขายไร่ ขายนา กู้หนี้ยืมสิน หรือยืมจากคนอื่น ต้องขายทรัพย์สินที่มีอยู่

2.3 สุขภาพทรุดโทรม จากการทุ่มเทแรงกาย แรงใจ ให้การดูแลที่ยาวนาน เหนื่อยพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย กินได้น้อย ปวดศีรษะ

2.4 วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงจากความอิสระสู่ความจำเจ การดูแลเป็นการระอันทนหนักหน่วง จนแทบไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่เคยทำปกติ เวลาว่างน้อยลง ไม่มีเวลาพักผ่อน ต้องยกเลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติ การกระทำใดที่จำเป็นต้องวางแผนไว้ล่วงหน้า ไม่สามารถไปไหนได้นาน หวังพึ่งลูกหลานไม่ได้ ยังกลับกลายเป็นผู้ถูกพึ่งพา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ความหวังพึ่งพานุตรยามเจ็บป่วย กลับต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล

และจากการศึกษาของ ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่าผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเอง และผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้นเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) เรื่องภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และ

สัมพันธภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพันผู้สูงอายุ ประกอบกับประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชราหรือเมื่อเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ซึ่งผลกระทบในทางบวกจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## ความผาสุก

### ความหมายความผาสุก

ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาและเป็นเป้าหมายสำคัญของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย บุคคลจะมีความผาสุกในชีวิตได้โดยการอาศัยการดูแลตนเอง แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพ มีโรค มีความพิการหรือสูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่างแม้ในภาวะเจ็บป่วยหรือพิการ (Orem, 1991) ความผาสุกในชีวิตมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว คุณค่าของชีวิต ความหมายของชีวิต และการทำหน้าที่ของบุคคล (Antonovsky, 1987) มีผู้ให้ความหมายความผาสุกไว้มากมายเช่น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามความผาสุกในชีวิตว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปราศจากความเจ็บป่วยหรือพิการใด ๆ (WHO, n.d. อ้างถึงใน จันทศิริรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539)

แคมป์เบล (Campbell, 1976) ได้กล่าวว่าความผาสุกของบุคคลหมายถึงประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการ หรือปรารถนาอยากให้เป็น ซึ่งความขัดแย้งกันระหว่างการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของชีวิตกับสิ่งที่ปรารถนาอยากให้เป็นนั้นในแง่ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ หากบุคคลมีความพึงพอใจมากก็เป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่ามีความผาสุกในชีวิตมากตามไปด้วย

ดูพาย (Dupuy, 1977) ให้ความหมายของความผาสุกว่าเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และความรู้สึกของบุคคลต่อชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน ซึ่งมีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วย 6 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1992) กล่าวว่าความผาสุกมีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิต สภาวะของสุขภาพทุกด้านและความสามารถในการทำหน้าที่

ลอว์ตัน (Lowton, 1997) ให้ทัศนะเกี่ยวกับความผาสุกว่าเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Environmental Quality)

แคนทริล (Cantril, 1965 อ้างถึงใน บุญศรี บุญฤกษ์, 2541) ได้กล่าวถึงความผาสุกว่าเป็นการรับรู้ในภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลอาจมีความผาสุกแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของบุคคลนั้น

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวถึงความผาสุกว่าบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลจะมีความผาสุกได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค มีความพิการ หรือสูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่างไป โอเร็ม และคณะ (Orem et al., 1995) ได้กล่าวถึงความผาสุกกับสุขภาพว่า ความผาสุกกับสุขภาพมีความหมายต่างกัน แต่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยความหมายของสุขภาพในแนวคิดของโอเร็ม และคณะ หมายถึงสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ โดยมีการแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 2 ส่วนคือสุขภาพดี (Wellness) และความเจ็บป่วย (Illness) ความผาสุกมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยที่หากบุคคลมีพลังและรับรู้ความผาสุกอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดการริเริ่มในการดูแลตนเองและรักษาความพยายามในการดูแลตนเองให้คงอยู่ตลอดไป (Orem et al., 1995, p. 166) ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี บุคคลที่ไม่สามารถดำรงรักษาการดูแลตนเองได้ จะทำให้เกิดความเจ็บป่วย เกิดโรคและถึงแก่ชีวิตได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าความผาสุกเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลเพื่อให้เกิดผลที่ตามมาคือการมีสุขภาพที่ดี

ซึ่งสรุปได้ว่าความผาสุกเป็นความรู้สึกด้านบวกของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ แล้วแสดงออกในรูปของความรู้สึกมีความสุข ความผาสุกเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละบุคคลและมีระดับที่แตกต่างกันขึ้นกับการรับรู้ของแต่ละบุคคล

#### แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

ความผาสุก (Well-Being) เป็นคำที่มีความหมายทางด้านบวก ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกมีความเป็นนามธรรมสูง และได้มีผู้กล่าวถึงแนวคิดความผาสุกพอสรุปได้ดังนี้

แคนทริล (Cantril, 1965 cited in McKeehan, Cowing, & Wykle, 1986) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกว่า เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจของชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริงของบุคคล โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมายและการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

แคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) กล่าวถึงความผาสุกว่าประกอบด้วยความรู้สึก 2 ส่วนคือ ด้านอารมณ์ และความพึงพอใจในชีวิต ส่วนประกอบแรกเป็นด้านอารมณ์ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งความรู้สึกทั้งสองด้านนี้มีความอิสระต่อกัน ในส่วนย่อยของความรู้สึกด้านบวกนั้นเป็นความรู้สึกของความตื่นตัว กระตือรือร้น มีการกระทำกิจกรรมและมีพลัง ส่วนความรู้สึกด้านลบมีลักษณะของการมีอาการกระสับกระส่าย กลัว โกรธ กังวล ส่วนประกอบที่ 2 เป็นการประเมินชีวิตของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลจากสถานการณ์ปัจจุบันและผลจากการดำเนินชีวิตจนกระทั่งปัจจุบันประเมินในลักษณะของความพึงพอใจในชีวิต

ลอว์ตัน (Lowton, 1983) กล่าวว่าความผาสุกประกอบขึ้นด้วยความรู้สึก 4 ส่วนคือ

- 1) ความรู้สึกด้านลบ (Negative Effect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะถอนหายใจ มองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) และภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่แสดงอาการออกจากโรคประสาท
- 2) ความสุข ซึ่งเป็นการประมวลความรู้สึกดี ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต
- 3) ความรู้สึกด้านบวก (Positive Effect) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของอารมณ์พึงพอใจในขณะนั้น ซึ่งไม่เป็นการตัดสินใจด้วยความนึกคิด ไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล
- 4) ความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence Between Desired and Attained Goals) ผู้ที่มีความผาสุกจะมีความสมดุลระหว่างความรู้สึกทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบ

แคปแลน, แอทกินส์ และทิมส์ (Kaplan, Atkins, & Timms, 1984) กล่าวว่าความผาสุกเกิดจากการทำหน้าที่ในแต่ละวันของบุคคล การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมทางสังคมด้วย

แอนโทนอฟสกี ดิน และซาน (Antonovsky, 1987; Dean, 1985; Zhan, 1992) ให้แนวคิดที่ว่าความผาสุกมีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว คุณค่าและความหมายของชีวิตและภาระหน้าที่ของบุคคล

ไรฟ์ (Ryff, 1995) มีแนวคิดที่ว่าความผาสุกเป็นความพึงพอใจที่สามารถบรรลุถึงความสำเร็จของช่วงชีวิต (Life-Span) ในแต่ละช่วง ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life) ความมีอิสระในตนเอง (Autonomy) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive Relation with Others) และการมีอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม (Environment Mastery) จากแนวคิดของไรฟ์ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางจิตใจค่อนข้างสมบูรณ์ มีความมั่นใจในตนเอง พึงพอใจกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และการประเมินความผาสุกประเมินจากเหตุการณ์ทั้งหมดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ไม่ได้ประเมินในสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

โอเร็ม และคณะ (Orem et al., 1995) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกว่าเป็นสถานะที่บุคคลรับรู้สถานะการณ์ที่เป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะแสดงในลักษณะของความชื่นชม ยินดี ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุขทั้งทางด้านจิตใจและการบรรลุถึงอุดมคติหรือบูรณาการแห่งตนที่คาดหวังไว้ในการคงไว้และพัฒนาบุคลิกภาพได้อย่างต่อเนื่อง เป็นสถานะที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองและมีบทบาทต่อสุขภาพของบุคคล

ดูพวย (Dupuy, 1977) มีแนวคิดความผาสุกว่าเป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบประกอบด้วย 6 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา โดยความรู้สึกทั้ง 6 ด้านสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวล เป็นผลจากการคิดประเมิณตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการประเมินขึ้นกับการรับรู้กระบวนการคิดตัดสินของแต่ละบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของความรู้สึกว่าเครียด หงุดหงิด กลัว หวั่นวิตกและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจากลักษณะการประเมินความวิตกกังวลของดูพวยประเมินเกี่ยวกับอาการกระสับกระส่ายความตึงเครียด ความเครียด แรงกดดัน ว้าวุ่นใจ ความกังวลใจ จากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลพบว่า ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ชุ่นเคื่องที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธ และฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. ความซึมเศร้า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ดำหนดตัวเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความสุขเสีย โดยแบ่งระดับความซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือ 1) ความซึมเศร้าในระดับต่ำ จะมีลักษณะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดเป็นครั้งคราวเช่นการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีค่า เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ 2) ความซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นภาวะที่รุนแรงกว่าระดับต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ซึ่งอาจกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารดำเนินชีวิตตามปกติได้ 3) ความซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจนเช่นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลงผิด ประสาทหลอน

3. **ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health)** ดูพ่ายจัดภาวะสุขภาพเป็นด้านหนึ่งของความผาสุกเนื่องจากการทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรงหรือทำให้จิตใจมีความกังวลกับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามไปด้วย จากการศึกษาของ สูดศิริ หิรัญขุนหะ (2541) พบว่าการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย

4. **ความมีชีวิตชีวา (Vitality)** เป็นความรู้สึกที่มีพลังกระชุ่มกระชวย มีขวัญและกำลังใจสนใจการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่รู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อย หรือหมดแรงหมดพลัง กลางคืนนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและตื่นนอนด้วยความรู้สึกที่สดชื่น

5. **ความผาสุกในด้านบวก (Positive Well-Being)** เป็นความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกด้านบวก เช่น การประสบผลสำเร็จในชีวิต การมีครอบครัวที่อบอุ่น บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้นเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจารณ์ ชุ่ม (2537) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุซึ่งมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพัน และประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้ตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศลจึงเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญปัญหา จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ให้การดูแล ซึ่งจะเห็นว่าผลกระทบในทางบวกจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

6. **การควบคุมตนเอง (Self-Control)** เป็นการควบคุมพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเองให้มีความมั่นคง ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การมีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตลดลง

จากแนวคิดความผาสุกที่กล่าวมาแล้วนั้นสรุปได้ว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มองความผาสุกเป็นภาพรวม และกลุ่มที่มองความผาสุกประกอบด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ โดยบุคคลจะมีความรู้สึกใน 2 ลักษณะคือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ โดยความรู้สึกด้านบวกเป็นความรู้สึกที่มีความสุข มีพลัง กระตือรือร้น ส่วนความรู้สึกด้านลบเป็นความรู้สึก

วิตกกังวล กลัว โกรธ กระสับกระส่าย และผู้ที่มีความสุขจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกด้านบวกสูงและด้านลบต่ำ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของคูพายที่มองความสุขเป็นภาพรวมและสะท้อนความรู้สึกด้านบวกและลบออกมาเป็นความรู้สึก 6 ด้านคือความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวก และการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินสภาพจิตใจที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ที่ส่งผลต่อความสุขของผู้ดูแล

### การประเมินความสุข

การประเมินความสุขมีความแตกต่างกันขึ้นกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุขและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง โดยทั่วไปการประเมินความสุขมี 2 ลักษณะคือ

1. การวัดเชิงวัตถุวิสัย (Objective Well-Being) เป็นการประเมินความสุขโดยใช้ข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ เป็นการวัดสถานะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเอง จากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางร่างกาย เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดความสุขด้านวัตถุวิสัย เช่น ดัชนีวัดความสุข (The Index of Well-Being: IWB หรือ The Quality of Well-Being Scale) ใช้วัดระดับคุณภาพความสุขของกายภาพ ตามลักษณะสภาพผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และสถานที่อยู่ ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมและกิจกรรมทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีความพิการของร่างกาย และต้องการการดูแลช่วยเหลือ แบบวัดความสุขโดยรวม (The Global Well-Being Measure) ซึ่งวัดความรู้สึกเกี่ยวกับองค์รวมของชีวิต ซึ่งมีตัวชี้วัดได้แก่ ดัชนีครอบครัว ดัชนีความสำเร็จในชีวิต ดัชนีความสนุกสนาน และดัชนีการเงิน การวัดความสุขในเชิงวัตถุวิสัยมีข้อได้แย้งกันว่าเป็นการวัดความสุขในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ เพราะในปี ค.ศ. 1957-1972 ได้มีการสำรวจในอเมริกาพบว่า แม้ว่าประชาชนจะมีการศึกษาสูงขึ้น ระบบการรักษาพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น แต่ทางด้านความสุขในชีวิตลดลง โดยเฉพาะกลุ่มที่มั่งคั่ง (Campbell, 1976) ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความสุขในชีวิต โดยการประเมินจากประสบการณ์ในชีวิต (Life Experience) โดยเรียกว่าการวัดเชิงจิตวิสัย เป็นการวัดความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลโดยขึ้นกับการรับรู้ ประสบการณ์ในอดีต

2. การวัดเชิงจิตวิสัย (Subjective Well-Being) เป็นการวัดความสุขของแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับการรับรู้หรือความรู้สึกทางด้านจิตใจของบุคคล ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เป็นการประเมินโดยตนเองตามความหมาย หรือประสบการณ์ในชีวิต (Life Experience) ของแต่ละบุคคล

เนื่องจากความสุขในชีวิตเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงในเวลานั้น ๆ ดังนั้นการวัดระดับความสุขจึงควรได้รับการประเมินด้วยตัวผู้ที่ได้รับ

การประเมินเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดความผาสุกของ ดูพวย (Dupuy, n.d. cited in McDowell & Newell, 1987) เขากล่าวว่า การที่จะวัดความผาสุกในชีวิตของบุคคลได้นั้นจะต้องวัดให้ได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล (Inner Personal State) มากกว่าที่จะวัดสภาวะภายนอกจิตใจ (External Conditions) ดูพวยได้สร้างเครื่องมือวัดความผาสุกในชีวิตโดยทั่วไป (The General Well-Being Schedule: GWB) ขึ้นเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ที่ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย ฟาซิโอ (Facio, 1977 cited in McDowell & Newell, 1987) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68 และ 0.85 และ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) เป็นผู้แปลแบบวัดความผาสุกของดูพวยเป็นภาษาไทย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลรามารับติจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.92 และในกลุ่มอาจารย์พยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91 จันทนา เตชะคฤห (2540) ได้นำแบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของดูพวยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .77

ในการประเมินความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดและแบบวัดความผาสุกในชีวิตโดยทั่วไปของดูพวยมาใช้ เนื่องจากผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความผาสุกในชีวิตซึ่งเป็นความรู้สึกเฉพาะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่จริงในเวลานั้น ๆ แล้วแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกมีความสุข และเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละบุคคล และมีระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล

จากงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาความผาสุกในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะการดูแลที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่การศึกษาของ ศากุล คงพันธ์ (2533 อ้างถึงใน วิทยาวรรณ ชุ่ม, 2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดามีความผาสุกโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำคือ ทุกข์โศกรุนแรงมากถึงร้อยละ 68.57 และการศึกษาของ วิทยาวรรณ ชุ่ม (2537) เรื่องภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกโดยทั่วไปในระดับทุกข์โศกรุนแรงปานกลาง และมีความผาสุกจำนวนเท่ากับร้อยละ 37 ในระดับทุกข์โศกรุนแรงมาก มีร้อยละ 26 และพบว่าภาระในการดูแลและระยะเวลาในการศึกษา สามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไปได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาระในการดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด นอกจากนี้ รสลิน เข็มยิ่งพานิช (2539) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกใน

ครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความสุขในครอบครัวก่อนไปทางสูง และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; เพ็ญใจ ตีรไพวงศ์, 2540; จินตนา สมนึก, 2540; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางต่ำ จากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีระดับความสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับใด

## ความหมาย แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสุขในชีวิตมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การส่งเสริมคุณภาพชีวิต จึงส่งผลต่อความสุขในชีวิตด้วยเช่นกัน เฮอร์แมน, โซฟิลด์, เมอร์ฟี และไซน์ (Herrman, Schofield, Murphy, & Singh, 1994) ได้ศึกษาความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกาย โรคจิต และคนพิการ ในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยให้ทรงสนะว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver Characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ

- 1.1 เพศของผู้ดูแล เพศที่ต่างกันอาจจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือผู้ดูแลเพศหญิงมักจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มักจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวเท่านั้น (วิลลาร์ดน์ กุวราวุฒินิช, 2538, หน้า 23) ดังนั้นการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลจึงสามารถพัฒนาได้เร็วและง่ายกว่า และเกิดความสุขจากการดูแลได้ง่ายกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 1987) กลับพบว่าเพศหญิงจะมีความสุขในชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น ภายหลังจากการที่ร่างกายของเพศหญิงหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

- 1.2 อายุ จะมีผลต่อความสุข โดยอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้น จะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือกมากขึ้น จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ แซ่ห่วน (2537) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะภาคภูมิใจในความสามารถของตน และจะมีความรู้สึกประสบความสำเร็จ

ในการดูแลผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ ไรฟฟ์ (Ryft, 1995) พบว่าเมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความผาสุกลดลง โดยได้อธิบายว่าบุคคลที่มีอายุสูงขึ้นจะมีระดับของเป้าหมายในชีวิตลดลงในขณะที่ความเลื่อมของร่างกายเพิ่ม สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลงได้สูงขึ้น

**1.3 การศึกษา โอเร็ม (Orem, 1985)** กล่าวว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย เข้าใจในเหตุการณ์และข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี สามารถนำความรู้ และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาและปรับบทบาทของตนได้ดีกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา จากการศึกษาของ วิกาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยทั่วไป และภาระในการดูแลและระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไปได้ ร้อยละ 21

**1.4 อาชีพของผู้ดูแล** อาชีพอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม้บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการพักผ่อนได้อย่างไม่รีบเร่ง ส่วนอาชีพที่มีเวลาการปฏิบัติงานแน่นอนเช่น อาชีพรับจ้าง ทำงานบริษัท อาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย หรือเวลาจำกัดในการพักผ่อน การรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ บางรายต้องหางานทำเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงอาชีพ เพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเลี้ยงดูครอบครัว บางรายต้องหยุดงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ผู้ดูแลประสบปัญหาด้านการเงิน จากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชุมหะ (2541) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งต้องหยุดการประกอบอาชีพ หรือออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย และส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล

**1.5 รายได้** เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว จากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) และ สุตศิริ หิรัญชุมหะ (2541) พบว่าผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน

**1.6 สภาพสังคมและวัฒนธรรม** เนื่องจากสภาพของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวไทยจึงมีวิวัฒนาการเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่ก็ยังมีบางสิ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของความสัมพันธ์ของครอบครัวในสังคมไทยคือ บุตรมักจะให้ความเคารพ รักใคร่ สนใจ และอุปการะเมื่อบิดามารดาชราภาพ และยึดมั่นในค่านิยมหรือจริยธรรมเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทน

บิดามารดาซึ่งถือว่าเป็นผู้มีพระคุณ แสดงความเคารพนับถือยกย่องเชิดชู ไม่ละทิ้งในคราวที่ลำบาก ดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนเงินทองหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ตามความสามารถและกำลังทรัพย์เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกสบาย และให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (สุพัตรา สุภาพ, 2534)

2. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการการดูแล (Care Recipient Characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพของการเจ็บป่วย

2.1 ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลและคุณภาพการดูแล จากการศึกษาของ วิกาวรรณ ชุ่ม (2537) เรื่องภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจ และสัมพันธภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพันกับผู้สูงอายุ ประกอบกับได้มี การประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา หรือเมื่อเจ็บป่วย มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ให้การดูแล นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.2 สภาพการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ยิ่งผู้ป่วยมีความพิการมาก ยิ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจะต้องทำกิจกรรมให้การดูแลแทนผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรมก็แตกต่างกันออกไปตามลักษณะผู้ป่วย และความต้องการการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิกาวรรณ ชุ่ม (2537) ที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแล

3. สถานการณ์การดูแล (Caregiving Situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

ค่าใช้จ่ายในการดูแล ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธี

การแก้ปัญหามากขึ้น และเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน และจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลยิ่งมากขึ้นความผาสุกของผู้ดูแลยิ่งลดลง

4. การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Conitive/ Affecctive Response to Caregiving Role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่ช่วยเหลือนตนเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้สามารถดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล

4.1 ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวราณี สุขวิญญาณ์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย (2537) เรื่องผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ พบว่าญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อม จะมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพลังใจที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

4.2 ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล บุคคลมักจะนำเอาวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาใช้ในการจัดการกับปัญหา และหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะค้นหาวิธีใหม่ (Ignatavicius & Bayinc, 1991 อ้างถึงใน นันทพร ศรีน้อม, 2545) นิตยา สุทธยากร (2531) พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ต้องดูแลนั้น เป็นคนละคนกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แม้ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ก็เหมือนกับต้องเผชิญกับปัญหาใหม่

5. ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Possible Mediating Variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเมื่อก่อนการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

5.1 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อความผาสุกของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหามากขึ้น และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญขุนทะ (2541) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเงิน ก็จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตก

กังวล และก่อให้เกิดการขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

**5.2 การใช้ระบบบริการสุขภาพ** การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งความช่วยเหลือด้านบริการดังกล่าว จะช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของ จริยา วิริยะศุภร (2539) พบว่าคุณภาพการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันช่วยทำให้สมาชิกภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องในการดูแล มีการพัฒนาความสามารถในด้านการดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลได้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

จะเห็นได้ว่าความผาสุกของผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส สุขภาพ โรคประจำตัว อาการหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว ศาสนา ที่อยู่ อาศัย การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งแนวคิด ค่านิยม หรือทัศนคติต่อความผาสุกของแต่ละบุคคล เช่นความสอดคล้องในการมองโลก

#### **ความสอดคล้องในการมองโลก (The Sense of Coherence)**

##### **ความหมายความสอดคล้องในการมองโลก**

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1982, p. 123; Antonovsky, 1987, p. 19 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) ได้ให้ความหมายความสอดคล้องในการมองโลกว่าเป็นการรับรู้โดยรวมหรือโดยทั่ว ๆ ไป (Global Orientation) ของบุคคล โดยบุคคลรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนมีระเบียบ สามารถทำนายและอธิบายได้ สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่าและคุ้มค่าสำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข และตนมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1982, p. 123; Antonovsky, 1987, p. 19 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2543) ได้ให้ความหมายความสอดคล้องในการมองโลกว่าเป็นวิธีการมองโลกและชีวิตอย่างกว้าง ๆ ที่แสดงถึงการที่บุคคลได้เพิ่มพูนความรู้สึก เชื่อมั่นว่า 1) เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตนและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเป็นสิ่งที่บีบโครงสร้างสามารถทำนายได้ 2) บุคคลมีความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถจัดการให้เหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านไปด้วยดี พร้อมกับมีแหล่ง

ประโยชน์อย่างเพียงพอที่จะใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต 3) สถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเป็นสิ่งที่ท้าทายและมีคุณค่า

เนื่องจากความสอดคล้องในการมองโลกนี้เป็นมโนทัศน์หลักในทฤษฎีแหล่งกำเนิดของสุขภาพของแอนโทโนฟสกี ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้คำว่าความเข้มแข็งในการมองโลก สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ความสอดคล้องในการมองโลกหมายถึงความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยความเข้าใจสามารถบริหารจัดการและให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นว่ามีคุณค่าและคุณค่าที่จะแก้ไข

#### แนวคิดเกี่ยวกับความสอดคล้องในการมองโลก

ความสอดคล้องในการมองโลกเป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Model of Health) ของ แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ผู้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพ และมีความผาสุกในชีวิตได้คือความสอดคล้องในการมองโลกซึ่งเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) กล่าวว่าความสอดคล้องในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเอง และสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็สามารถจะเข้าใจได้ จัดการแก้ไขได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิตอยู่ได้

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1979 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) ได้สรุปจากการตั้งข้อสังเกตเชลยสงครามที่ถูกกักขังในค่าย และต้องประสบกับเหตุการณ์มากมายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด แต่มีเชลยบางคนยังมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ แอนโทโนฟสกี จึงได้ศึกษาโดยสัมภาษณ์เชลยสงครามทั้งหมด 51 คน ผลการวิเคราะห์ทำให้สัมภาษณ์พบว่า เชลยสงครามกลุ่มที่มีสุขภาพดีนั้น เป็นบุคคลที่มองโลกในลักษณะดังต่อไปนี้ (Antonovsky, 1982, 1987)

1. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกในชีวิตมนุษย์นั้นมีระบบระเบียบไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายเหตุและผล และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้
2. มนุษย์เรามีแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้น

3. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้

แอนโทนอฟสกี เรียกคุณลักษณะที่พบจากการศึกษาว่า ความสอดคล้องในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการดังนี้ (Antonovsky, 1976, 1987 cited in Sullivan, 1993)

1. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเป็นสิ่งที่สามารถเข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล (Comprehensibility)
2. รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ สามารถบริหารจัดการได้ โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (Manageability)
3. รับรู้และประเมินว่า สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ท้าทาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง (Meaningfulness)

การรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั้นสามารถเข้าใจได้ สามารถบริหารจัดการได้ และมีความหมายมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการ ทั้งสามองค์ประกอบนี้ทำให้เกิดความสอดคล้องในการมองโลกสูง แต่ถ้าองค์ประกอบทั้งสามต่ำ ความสอดคล้องในการมองโลกของเขาก็จะต่ำด้วย ประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคนทำให้บุคคลมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้สูงและต่ำแตกต่างกันออกไป ซึ่งมีผลต่อการรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบด้วยเช่นบางคนรับรู้และมีความเข้าใจในสิ่งเร้า (Comprehensibility) อย่างชัดเจน มองว่าสิ่งเร้านั้นสามารถจัดการได้ (Manageability) โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมเข้ามาช่วย แต่ถ้าไม่ให้ความสำคัญ เพิกเฉยต่อปัญหา ไม่ได้มองว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั้นมีความหมาย มีคุณค่า (Meaningfulness) การเผชิญและการแก้ปัญหาาก็จะไม่เกิดขึ้น บางคนแม้ว่าจะไม่สามารถรับรู้ปัญหาอย่างเข้าใจชัดเจน ซึ่งทำให้ไม่สามารถเลือกแหล่งประโยชน์เข้ามาช่วยได้เหมาะสม ยังไม่สามารถเห็นแนวทางจัดการกับปัญหานั้น แต่ถ้าเขาให้ความสำคัญกับปัญหาว่ามีความหมาย มีคุณค่าควรแก่การเข้าไปแก้ไข เขาก็จะมีแรงจูงใจที่จะพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และหาทางจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปจนได้ องค์ประกอบในการให้ความหมาย (Meaningfulness) จึงมีความสำคัญมากที่สุด ใน 3 องค์ประกอบของความสอดคล้องในการมองโลก

#### ลักษณะของคนที่มีความสอดคล้องในการมองโลกสูง

คนที่มีความสอดคล้องในการมองโลกสูง จะเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่าง ๆ มองปัญหาว่าท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา (Antonovsky, 1987) สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี มีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ถึง

ความผาสุกในชีวิตไปในทางที่ดี (Antonovsky, 1982) ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากกว่า คนมีความสอดคล้องในการมองโลกต่ำ ซึ่งจะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อันตราย เป็นภาระ ไม่มีความพยายามที่จะแก้ปัญหา หรือแก้ปัญหาได้โดยใช้แต่เพียงอารมณ์ มีความวิตกกังวล หมดหวัง ไม่มีความสุข หรือถูกปัญหาครอบงำจนไม่สามารถทำอะไรได้เลย

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสอดคล้องในการมองโลกของบุคคล

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) กล่าวว่า การที่บุคคลมีความสอดคล้องในการมองโลกแตกต่างกันนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อระดับความสอดคล้องในการมองโลกของบุคคลคือ

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Source) เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตและ พัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้รับการตอบสนองเมื่อหิว เมื่อไม่สุขสบาย การได้รับความรัก ความอบอุ่น เป็นต้น ประสบการณ์ชีวิตนี้จะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างให้เกิดความสอดคล้องในการมองโลกขึ้น นอกจากนี้การที่บุคคลมีรูปแบบการปรับตัวที่ยืดหยุ่นได้ มีเหตุผล มีความชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเอง ก็จะเป็นสิ่งช่วยเสริมให้มีความสอดคล้องในการมองโลกสูงขึ้นด้วย ส่วนคนที่ถูกทอดทิ้งตั้งแต่ วัยเด็ก มีความรู้สึกหมดหวัง ไม่ได้ได้รับความรักความอบอุ่น จะส่งผลให้มีความสอดคล้องในการมองโลกลดลงด้วย

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-Structure Source) ได้แก่ เพศ ระดับชนชั้นในสังคม หน้าที่การงาน กฎระเบียบ ค่านิยมที่สืบทอดจากบิดามารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความเป็นปึกแผ่น การรวมตัวของบุคคลในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้ ช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ของความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา อันมีส่วนในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสอดคล้องในการมองโลกสูงขึ้น

3. ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-Historical Source) ได้แก่ ความมั่นคงของวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลป ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษ เวทย์มนต์คาถา สิ่งเหล่านี้ มีผลต่อการสร้างโครงสร้างทางบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานที่ถูกสร้างขึ้นมานั้นส่วนหนึ่งก็คือความสอดคล้องในการมองโลก

### การประเมินความสอดคล้องในการมองโลก

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987, 1993) ได้คิดแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) ซึ่งได้จากการสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์บางอย่างในชีวิต เช่น ได้รับความเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือผู้ป่วย ให้แบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ ซึ่งครอบคลุมใน 3 องค์ประกอบคือ ประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 11 ข้อ ประเมินความสามารถในการบริหารจัดการ 10 ข้อ และ

ประเมินความสามารถให้ความหมาย 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่าง ๆ จากรายงาน 26 รายงานวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง 0.82-0.95 ต่อมา รัมบาท (Rumbaut, 1981 cited in Antonovsky, 1987) ได้ปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 22 ข้อ และหาความสัมพันธ์ของเครื่องมือแบบ 29 ข้อ และ 22 ข้อ ได้เท่ากับ 0.64 (Dana, 1985 cited in Antonovsky, 1987) พบความสัมพันธ์ของเครื่องมือทั้ง 2 แบบ เท่ากับ 0.72 เพนนี (Payne, 1982 cited in Antonovsky, 1987) ได้พัฒนาเครื่องมือใหม่ได้ข้อคำถาม 40 ข้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับเครื่องมือแบบ 29 ข้อ เท่ากับ 0.39

นอกจากนี้แอนโทโนฟสกีได้สร้างแบบสอบถามที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ (Short Form) โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อ เหลือ 13 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 5 ข้อ ความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถให้ความหมาย 4 ข้อ ซึ่งได้มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 16 รายงาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง 0.74- 0.91 โดยแอนโทโนฟสกีได้กล่าวสรุปจากการศึกษาและวิจัยต่าง ๆ ว่า แบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลกที่เขาสร้างขึ้นได้มาตรฐาน สามารถนำแบบประเมินไปใช้ได้ทั้งแบบข้อคำถาม 29 ข้อ และ 13 ข้อ ใช้ได้หลากหลายวัฒนธรรม ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย (Antonovsky, 1987, 1993) นามาตี (Nyamathi, 1991) ได้นำแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลกแบบ 13 ข้อ ไปใช้ในผู้หญิงติดยา และไว้ที่อยู่อาศัยจำนวน 581 คน โดยลดมาตราส่วนประมาณค่าจาก 7 เป็น 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.76

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลกของ แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) จำนวน 29 ข้อแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85 และในกลุ่มอาจารย์พยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.90 เขวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) นำแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลกไปใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.86 จันทนา เตชะฤทธิ (2540) นำแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลก แบบสั้น 13 ข้อ โดยลดมาตราส่วนประมาณค่าจาก 7 เป็น 5 ระดับไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.77

### ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องในการมองโลกกับความผาสุกของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลกที่มีต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงแต่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ได้แก่การศึกษาของ ไรแลนด์ และกรีนเฟลด์ (Ryland & Greenfield, 1990 cited in Antonovsky, 1993) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องในการมองโลก การรับรู้ภาวะเครียด และ

การรับรู้ถึงความผาสุกโดยทั่วไปในชาวอเมริกัน จำนวน 284 คน โดยใช้แบบวัดความเครียด แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป และแบบวัดความสอดคล้องในการมองโลก พบว่า คนที่มีความสอดคล้องในการมองโลกสูง จะมีการรับรู้ถึงความผาสุกโดยทั่วไปสูง โดยที่ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกโดยทั่วไป ซึ่งมีความสัมพันธ์เท่ากับ 0.62 นอกจากนี้ เพทรี และอาซาริห์ (Petrie & Azariah, 1990 cited in Antonovsky, 1993) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องในการมองโลก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความผาสุกโดยทั่วไป และภาวะตึงเครียดทางจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ในประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 107 คน พบว่าความสอดคล้องในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความผาสุกโดยทั่วไป ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.49 และ 0.64 ตามลำดับ

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้ศึกษาเรื่อง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของ อาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล ในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ความสอดคล้องในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกในชีวิตโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .50 จันทนา เตชะคฤห (2540) ได้ศึกษา ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจตายพบว่าความสอดคล้องในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .60 และความหวัง ความสอดคล้องในการมองโลกร่วมกันทำนายความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ร้อยละ 43.23 เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสอดคล้องในการมองโลกโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .76

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าความสอดคล้องในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกและสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

### การสนับสนุนทางสังคม

#### ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางสังคม และจิตวิทยา ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมคือปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ

ของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน สิริินภา นันทพงษ์, 2542)

คอบบี้ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ รับรู้ว่าคุณค่าและมีประโยชน์ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เขาผูกพันอยู่ แต่จะไม่รวมถึงการให้การช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุสิ่งของต่าง ๆ

คาห์น (Kahn, 1979) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

นอร์เบค (Norbeck, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีศักยภาพในการลดตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ป้องกันโรคและเพิ่มความคงไว้ซึ่งสุขภาพและมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลทุกคน

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

แบรนท์ และไวเนอร์ท์ (Brandt & Weinert, 1985) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คุณค่าในตนเอง และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัว ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดต่าง ๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น มีกำลังใจเกิดความเชื่อมั่น ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ภาระในการดูแลของญาติลดลง (พรชัย จุลเมตต์, 2540; จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2537; สุตศิริ หิรัญขุนทด, 2541)

กล่าวโดยสรุปการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความช่วยเหลือด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

แบรนท และไวเนิร์ต (Brnadtt & Weinert, 1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Intimacy) หมายถึง การได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางด้านอารมณ์ การได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับ มีความหมายและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย เป็นคนที่ขาดความรัก มีอารมณ์ที่แตกต่างจากผู้อื่น และมองโลกในแง่ร้าย

2. การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินการในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในสังคมของตนทำให้บุคคลมีเป้าหมาย มีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบาย ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่พึ่ง เป็นที่ต้องการของผู้อื่นมีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล การช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตไร้ค่า

4. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือยกย่อง เห็นคุณค่า ชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม การให้อภัย ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือรู้สึกตนเองไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ (Assistance Guidance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคล

## ท้อแท้หรือผิดหวัง

คobb (Cobb, 1976) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง
2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับของความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนี้อาจเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือแรงงาน

เฮาส์ (House, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรักความจริงใจ ความเอาใจใส่ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินตนเอง การรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่นในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัตถุ สิ่งของ เงิน และแรงงาน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Tilden, 1985) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ

2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือบริการ

ทอยส์ (Thoits, 1982) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใหบุคคลสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำและการป้อนกลับของข้อมูลเพื่อให้

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มีนักวิชาการหลายท่านแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมต่างไปจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของไวส์เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ดูแล

#### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สร้างแบบประเมินไว้ดังนี้

นอร์เบค, ลินเซย์, และคาร์เรียรี (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1982) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn, 1979) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบรนด์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือแหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ คำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ ซึ่งมีข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ แบรินด์ และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับครอบคลุมทั้งในด้าน ความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสนี้เอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับความช่วยเหลือในโอกาสต่าง ๆ

#### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพและภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของมนุษย์ (Cohen & Syme, 1985 อ้างถึงใน ชมนาค สุ่มเงิน, 2543) การที่ผู้ดูแลได้รับการยอมรับ หรือได้รับความช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างจริงใจ ได้รับความอบอุ่นและกำลังใจจากครอบครัว สังคม เพื่อนบ้านหรือบุคลากรสุขภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่นที่จะดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาในมิติที่เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญปัญหา การระงับการดูแล ความเหนื่อยล้า ดังนี้

จากการศึกษาของ เฟื่องกลดา เคนไชยวงศ์ (2539) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัฏญารัตน์ ผิงบรรหาร (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระบะพักฟื้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลมากขึ้น มีผลทำให้ภาระการดูแลลดลง ความเหนื่อยล้าจากการดูแลลดลง จากการศึกษาของ สุพัฒศิริ บุญยะวัตร (2546) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 170 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และสามารถร่วมทำนายความผาสุกในชีวิตได้ร้อยละ 25.8 และแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดา และเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ตามลำดับ และจากการศึกษาของ สุจิตศิริ หิรัญชุมพะ (2541) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเงิน ก็จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยใน

ระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน และ ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และก่อให้เกิด การขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ผาสุกและสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

#### ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากระดับของความพิการหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจะมีผลต่อการดูแลของ ผู้ให้การดูแล จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) เรื่องภาระในการดูแลและความผาสุกโดย ทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยพึ่งพา พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันไม่มี ความสัมพันธ์กับความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล จินตนา สมนึก (2540) เรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับการะ ใน การดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความ สัมพันธ์ทางลบกับการะในการดูแล แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยมีความพิการมาก ผู้ดูแลก็จะประเมิน สถานการณ์ว่ามีความเครียดมาก รู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก แต่จากการศึกษาของ อีเกอร์สัน (Egertson, 1994 อ้างถึงใน สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) พบว่าความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือ การที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้น กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหาย อยากให้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือที่ผู้ดูแลสามารถ ขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกและสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้

#### ระยะเวลาในการดูแล

ระยะเวลาในการดูแล เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล โอเร็ม (Orem, 1985) เชื่อว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของ บุคคล ดังนั้นการดูแลในระยะเวลานานจึงอาจส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลได้จากการศึกษาของ รสลิน เอี่ยมอิงพานิช (2539) ที่ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มี บุตรปัญญาอ่อนพบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัวและ เมื่อทำนายความผาสุกในครอบครัวพบว่าระยะเวลาในการดูแลเป็น ตัวทำนายที่ดีที่สุด แต่จากการ ศึกษาของ กัญญารัตน์ ผิงบรรหาร (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และ

ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 รายกลับพบว่า ระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลก็จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้เหมาะสม ไม่รู้สึกเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย แต่ วิจารณ์ ชุ่ม (2537) พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกโดยทั่วไป

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกและสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

### จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย

จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันในแต่ละวันมีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ สติปัญญาและความรู้สึกนึกคิด เช่น สับสน หลงลืม ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ ไม่สามารถปล่อยให้อยู่ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเบื่อหน่ายต่อการดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลได้ ทัศนรัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นจำนวน 50 ราย พบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้ศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 110 ราย พบว่าถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและสติปัญญาจะมีความต้องการการดูแลสูง โดยผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 12.42 ชั่วโมง นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย จะทำให้มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือผ่อนคลายอารมณ์ อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้ดูแล

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกและสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

จะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลมีหลายปัจจัยด้วยกัน จากปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารั้งนี้ได้แก่ความสอดคล้องในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทั้งในเชิงบวกและเชิงลบในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ แต่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการหาข้อสรุปที่แน่นอนอีกครั้งหนึ่ง