

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 126 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 98 ราย เพศชาย 28 ราย มีอายุระหว่าง 18-78 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึง 66 ราย มีอายุเฉลี่ย 47.37 ปี ($SD = 12.99$) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรถึง 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นผู้สมรส 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.1 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลสูงถึงร้อยละ 24.6 ผู้ช่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 48.4 ระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 1.97 ปี และผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 69

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.5 มีอายุเฉลี่ย 67.26 ปี ($SD = 12.09$) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพารุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 62.7 และผู้ป่วยเกือบทุกรายไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 99.2

2. คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คะแนนภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = 0.31, p < .01$; $r = 0.18, p < .05$; $r = 0.20, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.32$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษากครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 49.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมามีว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยเรื้อรังและสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ที่ได้รับการดูแล ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับบุตร และเป็นเพศหญิง ในสังคมไทยเพศหญิงมักถูกคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (สุคศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) อาจเป็นเพราะเพศหญิงจะถูกหล่อหลอมให้เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งเกิดจากพื้นฐานความเชื่อ การปลูกฝังค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม (จอม สุวรรณ โณ, 2541; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Ragsdal et al., 1993; Walker et al., 1995) ประกอบกับความคาดหวังทางสังคมมักมองว่า เพศหญิงเป็นเพศเหมาะสมที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เนื่องจากเพศหญิงมีลักษณะของพยาบาลประจำบ้าน คอยดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วย (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536; เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์, 2539; Vanetizian & Corrigan, 1995) ในขณะที่เพศชายมักถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (จุภา ภูไพบูลย์, 2534) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือวัยกลางคน (ร้อยละ 52.4) ที่ให้การดูแลบิดา มารดาที่เจ็บป่วย ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ และการตัดสินใจที่ดี (ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต, 2541)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.5) อาจเนื่องมาจาก เมื่อจบการศึกษาลดบังคับซึ่งในอดีตคือระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 แล้วมักไม่ได้ศึกษาต่อ (ชัยวุฒิ ชัยพันธ์, 2544) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพสูงถึงร้อยละ 42.1 และมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 44.4 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีหนี้สิน ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในบทบาทการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ต้องหยุดพักการประกอบอาชีพไว้ชั่วคราว หรือหยุดพักเป็นระยะเวลานาน ขึ้นอยู่กับว่าระดับการฟื้นฟูและระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลงจากเดิม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายได้

ผู้ดูแลร้อยละ 75.4 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลทุกรายต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ในด้านการแบ่งเบาภาระงาน การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ เอาใจใส่จากครอบครัว จะสามารถช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญ และกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ในสังคมได้อย่างเดิม การที่ผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการผลิตเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึก

บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ เอาใจใส่ สามารถที่จะพูดคุยปรึกษาปัญหาต่าง ๆ และเข้าใจ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ดี นอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน หรือมีเวลาเป็นของตนเองบ้าง ผลการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลเกินครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.9) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ (2541) ที่พบว่า การคัดเลือกบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ เป็นผู้ดูแลหลักมักจะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี ($\bar{X} = 1.97$ ปี, $SD = 1.52$) ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 59.5 เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในระยะแรกภายหลังจำหน่ายจะมาจากอำเภอรอบนอกเป็นจำนวนมาก จนกว่าแพทย์จะพิจารณา เห็นสมควรให้ผู้ป่วยไปติดตามผลการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอำเภอได้ จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่มี ระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ปีมากกว่ากลุ่มอื่น แต่เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงในการดูแลตามการรับรู้ ของผู้ดูแลใน 1 วันพบว่า มีจำนวนชั่วโมงการดูแลเฉลี่ย 19.71 ชั่วโมง ($SD = 6.10$) ซึ่งนับว่า เป็นการใช้เวลาในการดูแลมาก อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองต้องดูแลผู้ป่วย ตลอดเวลา ไม่เว้นแม้แต่เวลานอน ต้องคอยตื่นมาดูแลผู้ป่วย เป็นกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จึงทำ ให้ผู้ดูแลประเมินเวลาในการดูแลทั้งหมดไม่เพียงแต่เวลาที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ (2541) ที่ศึกษาถึงความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าญาติผู้ดูแลใช้เวลา ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วันเฉลี่ยเท่ากับ 22.2 ชั่วโมง ซึ่งใช้เวลาในการดูแลมาก อาจเนื่องมาจากผู้ดูแล ต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของการเจ็บป่วยซึ่งต้องการการดูแลอย่างมาก และเป็นการดูแลขณะ รักษาอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.5) และอยู่ใน วัยผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 73 ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจุบันประชากรไทยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2543) และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย โดยในปี พ.ศ. 2543-2545 เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68.15 ปี ในขณะที่เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 72.34 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีวรรณ คำนวณเพ็ญ (2547) ที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรอายุ 50 ปี พบอุบัติการณ์จำนวน 100 คนต่อ 100,000 คน ขณะที่ประชากรที่มีอายุ 75 ปี พบเป็นจำนวน 1,000 คน ต่อ 100,000 คน (Collins, 1997) และพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากร สูงอายุมีอัตราร้อยละ 1.12 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกรายไม่ได้ประกอบอาชีพสูงถึงร้อยละ 99.2 และมีการพึ่งพาในระดับมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 62.7 ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยภายหลังเกิดโรค หลอดเลือดสมอง ผลกระทบด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวมีแขนขาอ่อนแรง ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์แปรปรวน สูญเสียความทรงจำ อารมณ์ซึมเศร้า จากความพิการที่เกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ภายหลังการเจ็บป่วย ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิม บางรายต้องออกจากงานประจำ ประกอบกับในปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยยังมีน้อย

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง มีค่าเท่ากับ 73.09 ($SD = 11.84$) แสดงว่า ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันโดยเป็นบุตรถึงร้อยละ 49.2 เป็นคู่สมสร้อยละ 31.7 ซึ่งย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน ประกอบกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรมของไทย มักจะมีความเชื่อในความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ หรือแม้แต่การถือเป็นที่พึ่งของสามี-ภรรยา ที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (นันทพร ศรีน้อม, 2545) ซึ่งทำให้คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีค่าค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกที่ผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่างก็มีความรักให้กัน มีค่าคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 0.75$) รองลงมา ผู้ป่วยคือบุคคลสำคัญของผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.70$, $SD = 0.78$) แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ย่อมมีความรักความผูกพันต่อกัน และความรู้สึกของผู้ดูแลว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต จึงทำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย (เพียงใจ ดิรไพรวรงค์, 2540) ประกอบกับ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดเป็นความเข้าใจ ความเห็นใจ ความสงสาร ที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าว จะเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.42 ($SD = 18.84$) จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 77.86 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (จอม สุวรรณโณ, 2541; ัญญาภรณ์ คานพแก้ว, 2547; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) ซึ่งวัยผู้ใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงยังมีพลังกำลังมากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบกับพบว่า ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวสูงถึง ร้อยละ 61.9 ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (จอม สุวรรณโณ, 2541; เพียงใจ ตรีไพรวงศ์, 2540; วินิตา ชูช่วย, 2547) จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ดังนั้น ผู้ดูแลที่ได้รับ มอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลส่วนใหญ่จะเลือกคนที่มีสุขภาพดี และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ผู้ดูแลประเมินตนเองว่า มีความสามารถทำในเรื่องกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน วัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงร้อยละ 52.4 และอยู่ในวัยสูงอายुर้อยละ 21.4 จึงทำให้ความแข็งแรงของ ร่างกายเริ่มลดลง มีความเสื่อมถอยตามอายุขัย ส่งผลให้มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้อง ออกแรงมาก

ความเข้มแข็งในการมองโลก

การศึกษาครั้งนี้ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 63.43 คะแนน ($SD = 22.28$ จากคะแนนเต็ม 91 คะแนน) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญาภรณ์ คานพแก้ว (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็น การมองโลกแบบกว้าง ๆ โดยรวม ที่แสดงถึงความรู้สึกเชื่อมั่นว่า สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นสามารถทำนาย และจัดการหรือแก้ไขได้ มีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งเร้านั้น นอกจากนี้ความเข้มแข็ง ในการมองโลกยังพัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิตภายใต้บริบทประสบการณ์การทำงาน ซึ่งเข้ามามี อิทธิพลต่อระดับความเข้มแข็งในการมองโลก (George, 1996) ซึ่งหมายความว่า บุคคลที่มีการศึกษา สูง หรือมีประสบการณ์ในการทำงานมาก จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าบุคคลที่มี การศึกษาระดับต่ำ หรือมีประสบการณ์การทำงานน้อย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลจบการศึกษา ระดับประถมศึกษาสูงถึงร้อยละ 65.5 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ร้อยละ 69 และ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปีร้อยละ 59.5 จึงอาจทำให้การประเมินสถานการณ์ และ มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติการดูแลยังมีจำกัด ทำให้ผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความเข้มแข็งในการมอง โลกอยู่ในระดับปานกลาง

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 81.38, SD = 22.52$ จากคะแนนเต็ม 122 คะแนน) ในรายด้านผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการระดับสูงคือ การประเมินภาวะสุขภาพ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการกิจกรรมเหล่านี้ เป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ได้ง่าย จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้ค่อนข้างดี ในขณะที่ความสามารถด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างจะมีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการดูแล ซึ่งโดยส่วนใหญ่ญาติไม่ทราบถึงความสำคัญของการจัดทำอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพราะเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นให้เห็นทันทีทันใด จึงทำให้ผู้ดูแลให้ความสนใจกับการดูแลในส่วนนี้น้อย พบว่ามีผู้ดูแลบางรายมีเหตุผลในการไม่ช่วยพลิกตัวให้กับผู้ป่วย คือ การที่ต้องทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน ออกไปทำงานนอกบ้าน มีภาระกิจส่วนตัวซึ่งไม่มีเวลาที่จะมาพลิกตัวให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายมองว่าการพลิกตัวเป็นการะ และ เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุถึงร้อยละ 73.8 จึงมีความจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายมีปัญหาโรคประจำตัว คือ โรคปวดหลังซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำอนให้กับผู้ป่วย

เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการฝึกให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้า จัดที่นอน และการจัดทำอนประมาณครึ่งหนึ่งจากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ($\bar{X} = 6.83, SD = 3.47$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ดูแลจะคอยช่วยเหลือจัดการทำให้ผู้ป่วยมากกว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเอง และบางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าการทำให้ผู้ป่วยโดยที่ไม่ต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นการสะดวก และ ประหยัดเวลามากกว่าการต้องรอให้ผู้ป่วยใส่เอง ซึ่งต้องใช้เวลานานกว่าผู้ดูแลทำให้ อีกเหตุผลหนึ่งคือ ผู้ป่วยบางรายสามารถยับยั้งตัวได้บางส่วน จึงปล่อยให้ผู้ป่วยพลิกตัวเองโดยไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือ หรือจัดทำอนให้เหมาะสม ผู้ดูแลบางรายบอกเหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ชอบนอนตะแคง จึงไม่ยอมก้มจัดให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำด้วยเช่นกัน ($\bar{X} = 8.31, SD = 3.10$ จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) เนื่องจากการดูแลการขับถ่ายเป็นกิจกรรมต้องใช้เวลาในการฝึกฝนการควบคุมการขับถ่ายด้วยตนเอง และส่วนหนึ่งผู้ดูแลไม่ทราบถึงความสำคัญ และเป้าหมายของการดูแลนี้ จึงไม่ได้ฝึกให้ผู้ป่วยนั่งกระโถนให้เป็นเวลา แต่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการจะขับถ่าย หรือช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเท่านั้น ผู้ป่วยจึงมีปัญหาท้องผูก และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ด้วยตนเอง ส่วนการดูแลทางเดินหายใจ ผู้ดูแลมีความสามารถค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.62, SD = 1.98$ จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) เนื่องจากผู้ดูแล

ส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการ ขั้นตอนการช่วยเหลือ และไม่เห็นความสำคัญของการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ปอดขยาย และไม่ทราบวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีเสมหะในคอ หรือในท่อหลอดลมคอในกรณีที่ผู้ป่วยเจาะคอ จะเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับเพิ่มเติมในระหว่างเก็บข้อมูล พบว่ามีผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า

“ผู้ป่วยเจาะคอ เวลาไอมีเสียงเสมหะอยู่ในคอครืดคราด สงสารแต่ไม่รู้จะเอาออกอย่างไร จึงใช้กระดาษชำระพันและม้วนเอาเสมหะที่ผู้ป่วยไอออกมาอยู่บริเวณท่อเจาะคอ”

“เชือกผูกท่อที่คอมันเปรี๊ยะ และหลวม กลัวท่อจะหลุด ไม่รู้ว่าจะเปลี่ยนอย่างไร”

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีน้อม (2545) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความสามารถและทักษะที่ดีพอ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล ไม่ทราบว่ากิจกรรมใดควรกระทำ ไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่กระทำไปแล้วจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามความคิดของตนเอง ผู้ดูแลบางรายอธิบายเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีว่า ตนเองไม่ทราบ ไม่มีบุคลากรทางสุขภาพให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ในกิจกรรมการฝึกการขับถ่าย การประเมินการหายใจ การช่วยจัดเสมหะ และการดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในส่วนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสอน และฝึกทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งควรมีการประเมินติดตามปัญหาการดูแล เพื่อให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่บ้าน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.31$) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม เพราะสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จัดอยู่ในระบบครอบครัวยุคใหม่ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factor) ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมจะส่งผล

ให้มีการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นด้วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 49.2) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 31.7) ความรัก ความผูกพันระหว่างบิดา มารดา กับบุตร ความเชื่อในเรื่องความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการี หรือแม้แต่การถือป็นหน้าที่ของสามี-ภรรยา ที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (นันทพร ศรีนัม, 2545) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล มีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแล มีความผูกพัน และถือป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี มีความพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการดูแล มีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งที่ดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแล (เพ็งใจ ตรี ไพรวงศ์, 2540) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณ แก้วกรรณ์ (2533) ซึ่งศึกษาผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการงูใจที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ และการประทับประครองจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการงูใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการงูใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.05$, $t = 2.05$ และ $t = 3.95$ ตามลำดับ) จากข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาค้นคว้าที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย จะมีความพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวว่า

“เขาเป็นแม่ เราก็อารัก เพราะเขามีบุญคุณ เลี้ยงเรามาจนโต พอมาเจ็บป่วยเป็นอัมพาต เราก็อสงสารอยากให้เขาหาย ช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม ถ้ามีอะไรที่ใครเขาว่าดีที่จะช่วยให้เขาดีขึ้นได้อันนี้ก็ไปเสาะหามาให้เขา ตอนนี้นั่นไปจ้างหมอนวดประคบสมุนไพรให้เขามานวดให้อาหิตยละ 2-3 ครั้ง”

นอกจากนี้ การได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว จะเป็นการเสริมแรงงูใจให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะ เพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (จอม สุวรรณโณ, 2541) และการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาสำหรับการพักผ่อน และมีกำลังในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็น และข้อมูลความรู้จากแหล่งประโยชน์ในเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (นงลักษณ์ พันชมพู่, 2540; Hull, 1989)

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.31$) จึงสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มว่า ระยะเวลามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า ระยะเวลาในการดูแล จัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ดูแลได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจพิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือ ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น อาจช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถ มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันหากบุคคลมองประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในด้านลบ เช่น มองการดูแลว่าเป็นภาระ ต้องสูญเสียความเป็นอิสระ ต้องเปลี่ยนงาน ก็อาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถจะดูแลบุคคลที่พึ่งพาได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นเพราะ การดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกเป็นช่วงที่ผู้ดูแลมีความหวังต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย หวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น จนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจึงพยายามช่วยทำกายภาพบำบัดตลอดจนแสวงหาอุปกรณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ (นันทพร ศรีนัม, 2545) แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานมากกว่า 1 ปี และการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้นน้อย ผู้ป่วยยังคงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจึงหมดกำลังใจ และประเมินว่าการดูแลอาจไม่ได้ผล จึงหยุดการดูแลบางอย่าง เช่น หยุดสนใจเรื่องการทำกายภาพบำบัด ไม่มีกำลังใจในการทำกิจกรรมในการดูแล (เพียงใจ ศิริไพรวงศ์, 2540; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิชย์, 2538; Schott-Bear, 1993) อีกประการหนึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ป่วยนานมากกว่า 1 ปีมีถึงร้อยละ 40.4 การเจ็บป่วยเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการฟื้นฟู และเริ่มปฏิเสธการทำกายภาพ เนื่องจากมีความเจ็บปวดของข้อจากการเคลื่อนไหว กอรปกับผู้ดูแลไม่อยากจะขัดใจผู้ป่วย จึงละเลยการดูแลเรื่องการทำกายภาพบำบัด จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินิดา ชูช่วย (2547) ที่ศึกษาถึงศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.19$) นอกจากนี้ถึงแม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสร้างแนว

ปฏิบัติมาใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่ายังมีผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติหรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน และเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายไปแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจากแพทย์และรับยากลับบ้านเท่านั้น ยังไม่มีโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงอาจเป็นเหตุให้ถึงแม้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานแต่ความสามารถไม่ได้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.18$) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอริม และเป็นไปตามสมมติฐานการ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากสภาพร่างกาย และจิตใจไม่พร้อมที่จะดูแล จะเป็นข้อจำกัดในการดูแลบุคคล เพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญขุนหะ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ จะมีผลต่อการดูแล ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดี การดูแลผู้ป่วยก็จะดีขึ้นด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี ไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย จะมีความอดทนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยมีความเครียดต่ำ ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความเครียด รู้สึกว่าการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ขาดความเอาใจใส่ ขาดความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพการดูแล และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (O' Brien, 1993)

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุมีสูงถึงร้อยละ 21.4 ซึ่งวัยสูงอายุความแข็งแรงของร่างกายเริ่มลดลง มีความเสื่อมถอยตามอายุขัย ส่งผลให้มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ต้องออกแรงมาก เช่นการยกตัวผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดี และคณะ (De et al., 2005) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลอาจจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.20$) ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นส่วนหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในส่วนของการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเข้าไปแก้ไขปัญหาก็ได้ เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถปรับเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะเชื่อมั่นว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม และมีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับความเครียดนั้นได้ บุคคลเหล่านี้มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่าเป็นความรู้สึกเบื่อหน่าย (Forsberg-Warley et al., 2002; Nilsson et al., 2002) และการศึกษาของ ชัมเบอร์ และคณะ (Chumbler et al., 2004) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเบื่อหน่าย และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -0.53$, $r = -0.63$ ตามลำดับ) แสดงว่ายิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะเกิดความเบื่อหน่ายและภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งความเบื่อหน่ายจากการดูแลและภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเข้มแข็งในการมองโลก หากผู้ดูแลที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแล ไม่มีโรคประจำตัว มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มองสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในแง่บวก จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้สึกเครียด และมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

การศึกษาค้นนี้ยังพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอาจเป็นพื้นฐานให้บุคคลที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ ทำให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่น และตั้งใจในการดูแล มองว่าการดูแลบิดา มารดา เป็นการกระทำเพื่อทดแทนบุญคุณ ซึ่งเมื่อบุคคลมองเห็นประโยชน์และความสำคัญในการกระทำแล้ว ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982) สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาหรือความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ (Orem, 1995) นอกจากนี้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามมากหรือน้อย ถ้าผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าไม่คุกคาม และจะทำให้ไม่รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี มีความพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; เพียงใจ ตีรไพรวงค์, 2540; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาติดตามผลการรักษามีจำนวนน้อย จึงทำให้ผู้วิจัยต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ไม่สามารถทำการสุ่มได้
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง และมีภูมิลำเนาในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษานี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตชนบทได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาพิจารณาสร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ตัวอย่างเช่น
 - 1.1 กิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
 - 1.2 กิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
 - 1.3 กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลก
2. ควรมีการสร้างโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะสั้น และระยะยาว เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การฝึกการขับถ่าย ฝึกทักษะการดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง เป็นต้น โดยมีโปรแกรมทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาล ระยะแรกหลังจำหน่าย และระยะยาวโดยทำอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการจัดระบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในเรื่องวิธีการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรค ฝึกทักษะการปฏิบัติการดูแล โดยเฉพาะทักษะที่ซับซ้อน เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลทางเดินหายใจ เป็นต้น ให้กับผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล และมีการติดตามเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา รวมทั้งการติดตามกับหน่วยเยี่ยมบ้าน
4. ควรมีการสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลด้วยกันเอง ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล และสามารถขอความช่วยเหลือในยามที่มีปัญหาได้

ด้านการศึกษาพยาบาล

เนื้อหาการจัดการเรียนการสอนในส่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเน้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งในส่วนปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรคำนึงถึง การติดตามประเมินความสามารถของผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแล
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในระยะเวลาที่ต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง