

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2548 พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 6 ล้านคน เฉลี่ยเสียชีวิตนาทีละ 11 คน หรือประมาณร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และมีประชากรเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อีกประมาณ 10 ล้านคน (มัธยัส สามเสน, 2549) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดของโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุการป่วยอันดับที่ 3 รองจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (มัธยัส สามเสน, 2549) อีกทั้งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ การได้รับสารพิษ และโรคหัวใจ โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 29.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 242,023 ราย (มัธยัส สามเสน, 2549) รายงานสถิติปี พ.ศ. 2550-2552 ของโรงพยาบาลพิจิตร พบว่าโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกปีจาก 275 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 290 คนในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของการเสียชีวิต และอยู่ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน (แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลพิจิตร, 2552)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุที่หลอดเลือดสมองมีการอุดตัน ตีบหรือแตก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันแล้ว พบว่าคนเหล่านี้ได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้น จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการสูงมาก (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 30 มักจะมีความพิการซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต และร้อยละ 70 จะมีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารกับผู้อื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) จากการศึกษาของประเทศทางตะวันตก พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์ คือไม่มีความพิการหลงเหลืออยู่เลยมีเพียงร้อยละ 10 อีกร้อยละ 90 พบว่ามีความพิการตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว (Finn & Horgen, 2000) โดยพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก (Foulker, Wolf, Price, Moter, & Hler, 1988) พูดหรือสื่อสารไม่ได้ พูดไม่ชัด (Wade, Legh-Smith, & Hewer, 1986) ร้อยละ 85 กลืนปัสสาวะไม่ได้ (Gelber, Good,

Layven, & Vertrulst, 1993) และพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมีอาการกลืนอาหารไม่ได้ (Marinkovic, Evan, & Poplawsky, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่ามีสติปัญญาบกพร่อง (Ozdemir, Birtane, Tabatabaei, Ekuklu, & Kokino, 2001) มีภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล (Ghoge, Shama, Sonawalla, & Parikh, 2003) รวมทั้งมีปัญหาวินัยและการคิดเชิงลบในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (Potter & Perry, 1995) จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสติปัญญา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีการดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การสังเกตติดตามช่วยเหลือในระยะยาว ทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Pierce, Rodrigues, Buettner, Camp, & Bourguignon, 1995) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีญาติผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ การประคับประคองจิตใจ โดยผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลจัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Ragsdal et al., 1993) ผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1991) และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปด้วยความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป ดังการศึกษาของแอทกินสัน (Atkinson, 1992) นอร์แลน และแกรนท์ (Nolan & Grant, 1993) พบว่าผู้ป่วยต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลหะ การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ การทำแผลรอบคอ การเคาะปอด นอกจากนี้ ยังพบญาติผู้ดูแลในครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ในทักษะอื่น ๆ อีกเช่น ต้องดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมการขับถ่าย การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การสังเกต และการประเมินทางระบบประสาท ด้วยเหตุผลดังกล่าวหากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะก่อให้เกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Synder, 1991) และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร สำหรับผลกระทบต่อผู้ดูแลเอง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจน

เศรษฐกิจและสังคม โดยในด้านร่างกายนั้นพบว่าสุขภาพของผู้ดูแลโรคโคม่า มีการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา น้ำหนักลด (McLean, 1991) การพักผ่อนนอนหลับไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย ญาติผู้ดูแลบางรายจะพบอาการของโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล (วิมลรัตน์ ภู่วราพานิช, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคเลนแนน (Mac Lennan1, 1998 cited in McLean, 1991) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 20 เกิดปัญหาด้านร่างกาย และร้อยละ 40 ของญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์หงุดหงิด สำหรับด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องหยุดพักการทำงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลงยิ่งขึ้น อีกทั้งเวลาส่วนใหญ่จะถูกใช้ไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลถูกจำกัดอยู่เฉพาะในบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ดูแลเสียบทบาททางสังคมกับโลกภายนอก มีผลให้การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Robinson-Smith & Mohoney, 1995)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้พลังความสามารถเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ถ้าญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดี ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกในชีวิตได้ โดยแสดงความยินดี ความพึงพอใจ และความสุขที่เกิดขึ้นในจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน ดูพวย (Dupuy, 1977) ได้กล่าวว่า ความผาสุกเป็นการรับรู้ของบุคคล โดยแสดงความรู้สึกนึกคิดที่สะท้อนการรับรู้ ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวกและการควบคุมตนเอง บุคคลใดมีความรู้สึกทางด้านบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากตามมาด้วย

เนื่องจากความสามารถของผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกในชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากผู้ดูแล (Dependent Care Agency) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล พลังความสามารถและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายในของความสามารถการปฏิบัติดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Gast et al., 1989)

อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง หรือบางครั้งช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ผู้ป่วยมีการตอบสนองความเจ็บป่วย โดยแสดงความวิตกกังวล รู้สึกหมดหวังในชีวิต หงุดหงิด โมโหง่าย รู้สึกอายนอกลองตนเอง ไม่ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปฏิเสธ ไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย การเผชิญสิ่งคุกคามภายนอกลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลและความต้องการที่จำเป็นในเรื่องทั่วไปของผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลในกิจกรรมที่ซับซ้อนและยุ่งยาก จึงเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก จำเป็นต้องใช้พลังและเวลาในการดูแลมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและภาวะจิตใจของญาติผู้ดูแลมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และสัมพันธ์ภายในครอบครัว จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็ง นอกจากนี้การได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลและสามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ถือเป็นภาระมากเกินไป (จารึก ชานีรัตน์, 2545) ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดพลังใจที่จะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยต่อไป (ยุวราณี สุขวิญญาน, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ชงชัย, 2537) ซึ่งจะส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลในที่สุด (Marieke & Rittmen, 2005)

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ภาวะเครียด ความต้องการการดูแล การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ตลอดจนการปรับตัวทางด้านจิตสังคม และการแสดงบทบาทหน้าที่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า และความต้องการดูแล (นิตยา สุทธยากร, 2531; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; เพียงใจ ติรไพบวงศ์, 2540) จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ผลกระทบทางบวกนั้นผู้ดูแลจะมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเองได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณและมีความภาคภูมิใจ ส่วนผลกระทบทางลบนั้น ทางด้านร่างกายพบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนไม่แข็งแรง เหนื่อยอ่อนล้า และนอนไม่หลับ ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล หดหู่

มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ไม่พึงพอใจ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ และ เกิดความเครียด (Wade et al., 1986) ในส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกนั้น รัชญาภรณ์ ดาวนพเก้า (2547) ได้ศึกษาปัจจัยด้านความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีผลต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 54 จากแนวคิด ผลการวิจัย และปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มมากขึ้น เป็นภาระที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องเพิ่มภาระในการดูแลผู้ป่วย และกระทบถึงการทำงานและชีวิตประจำวัน และอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด และความเจ็บป่วยได้ ประกอบกับการวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา โดยปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว เพื่อนำผลที่ได้ไปจัดบริการสุขภาพให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมบทบาทของญาติผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมความผาสุกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล บริการสุขภาพที่ได้รับของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล และความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล บริการสุขภาพที่ได้รับของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคำเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล บริการสุขภาพที่ได้รับ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล บริการสุขภาพที่ได้รับ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985; 1991; 1995) ในส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้พึ่งพา (Dependent Care)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวถึงความผาสุกว่าบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลจะมีความสุขได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เบี่ยงเบนทางสุขภาพมีโรค มีความพิการ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป โอเร็ม (Orem, 1985) ได้กล่าวถึงความผาสุกกับสุขภาพว่า มีความหมายต่างกันแต่มีความเกี่ยวข้องกันโดยสุขภาพ (Health) หมายถึงสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจโดยมีการแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 2 ส่วนคือสุขภาพดี (Wellness) และความเจ็บป่วย (Illness) ความผาสุก มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หากบุคคลมีพลังและรับรู้ความผาสุกอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดการริเริ่ม ในการดูแลตนเองและรักษาความพยายามในการดูแลตนเองให้คงอยู่ตลอดไป

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละกลุ่ม เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมีภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคจึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) เรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ (Dependent Care Agency) ความสามารถนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้พึ่งพาได้ ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแล และปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Condition Factors) ของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญคืออายุ เพศ รายได้ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นปัจจัยด้านภาวะสุขภาพในปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Condition Factors) ในทฤษฎีของโอเร็ม ปัญหาความพิการที่เหลือนอยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระที่ค่อนข้างหนัก ต้องใช้พลัง เวลาในการดูแลมาก ผลก็คือเวลาสำหรับญาติผู้ดูแลในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคมหรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อนฝูงในสังคม เกิดภาวะเครียดและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและภาวะจิตใจของญาติผู้ดูแลซึ่งจะมีผลต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลได้

ความสามารถของญาติผู้ดูแล เป็นความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้พึ่งพาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสติปัญญา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Leske, 2002) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือตามความเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือการฟื้นฟูสภาพ (Folden, 1993) ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นับว่าเป็นงานที่หนัก ถ้าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดความผาสุกแก่ญาติผู้ดูแลได้

การได้รับบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพ ในปัจจัยพื้นฐานบางประการในทฤษฎีของโอเร็ม การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย การติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรสุขภาพ จะช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย (จริยา วิริยะศุภร, 2539) ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในการดูแลได้ ญาติผู้ดูแลจะรับรู้การเป็นภาระลดลง ไม่เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้

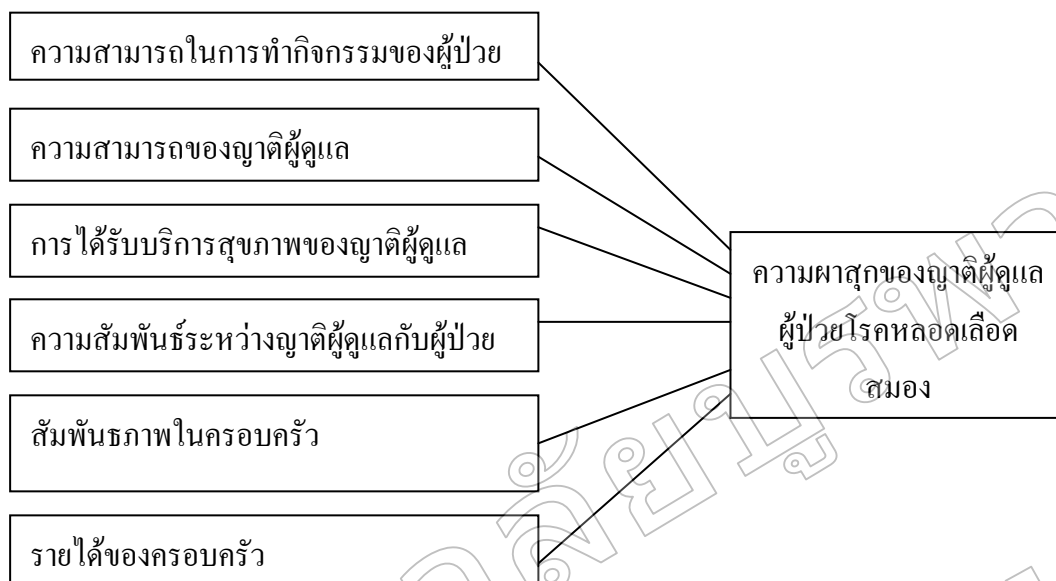
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยทางด้านระบบครอบครัวในปัจจัยพื้นฐานบางประการในทฤษฎีของโอเร็ม ปัจจัยนี้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย (นภาพรณ แก้วกรรม, 2533) ญาติผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแลจะคิดว่าการดูแลเป็นรางวัลที่ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Walker, Pratt, & Eddy, 1995) ซึ่งการรับรู้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ก่อให้เกิดความผาสุก (Cantril, 1965 cited in McKeehan, Cowing, & Wykle, 1986) ความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและกับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่เหมาะสม (Wilson, 1991)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านระบบครอบครัวในปัจจัยพื้นฐานบางประการในทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งระบบครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic Self-care Demand) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์พื้นฐานที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลและระบบพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมด และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความผูกพันรักใคร่ของครอบครัว ซึ่งจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เป็นสิ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล มีความรับผิดชอบในการดูแล มีความผูกพัน และดูแลเอาใจใส่กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจช่วยในการปรับตัว มีความมั่นใจ มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ มีการตัดสินใจการหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี (เพ็ญใจ ดิเรไพบรวงศ์, 2540) อันจะนำมาซึ่งความผาสุก ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะมีผลต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic Self-care Demand) รายได้ของครอบครัวเป็นเครื่องแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ใช้สำหรับ แสวงหาการรักษาพยาบาล การใช้จ่ายค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่ โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หากมีรายได้มาก ก็จะมี โอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล อีกทั้งยังมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับ กลุ่มสังคมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีรายได้สูงจะมี ความสามารถในการจัดหาสิ่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ รวมทั้งมีความสามารถในการ จัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย และมีความปลอดภัย (Norbeck, 1982) อันจะนำมาซึ่งความสะดวกสบายของญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น รายได้ของครอบครัวน่าจะมีผลต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ของญาติผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกในรูปของความรู้สึกมีความสุข หรือความทุกข์โศก 6 ด้าน คือ ความ วิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวก และ การ ควบคุมตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับการบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มาศึกษาโดยสามารถเขียนเป็นกรอบ แนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล การได้รับบริการสุขภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพ นำผลการศึกษาไปจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมที่ส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และมาติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างเดือนมิถุนายน- สิงหาคม พ.ศ. 2551

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล การได้รับการบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือเครือญาติ อยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับผิดชอบดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยไม่คิดค่าตอบแทน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากการแตก ตีบ ตันและ/หรืออุดตัน มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองด้วยสาเหตุของการด้อยสมรรถภาพทางร่างกายอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านไม่น้อยกว่า 1 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย หลังจำหน่ายแล้ว 1 เดือนจะมีอาการคงที่ พ้นจากภาวะวิกฤต และสามารถฟื้นฟูสภาพได้ อยู่ระหว่างการมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด และญาติผู้ดูแลได้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแล้วขณะที่ผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย การทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความจำ และการเข้าสู่สังคม ซึ่งวัดระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional Independent Measure: FIM) ของ เวด และแลงตัน (Wade & Langton, 1987) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดย จัณฐา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ (2542) โดยประเมินจากค่าคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีความสามารถมาก

ความสามารถของญาติผู้ดูแล หมายถึง ความรู้ และทักษะของญาติผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทั้งในด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป การรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เสริมและปรับสภาพแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประเมินด้วยแบบวัดความสามารถของญาติผู้ดูแล

โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ค่าคะแนนมาก หมายถึงญาติผู้ดูแลมีความสามารถมาก

การได้รับบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล หมายถึง การได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล เพื่อนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป การรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เสริมและปรับสภาพแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ รวมถึงการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ประเมินด้วยแบบสอบถามการได้รับบริการสุขภาพ โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับบริการสุขภาพมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึงการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การให้และรับ รวมถึงการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นและความไว้วางใจระหว่างกันของตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งประเมินตามแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของซูลลิแวน (Sullivan, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ, ชุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิต (2547) คะแนนมากแสดงถึง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การร่วมรับรู้ความรู้สึก และการช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว รวมถึงการสร้างเสริมความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ซึ่งประเมินจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวแบบปฐมภูมิของริชาร์ด ซี แครนเดล (Crandall, 1980) แปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) คะแนนมากแสดงถึง สัมพันธภาพของครอบครัวอยู่ในระดับดี

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่เป็นรายรับทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (บาท) ซึ่งยังไม่หักค่าใช้จ่าย

ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข มีความพอใจในชีวิต วัตถุประสงค์ได้จากความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระฉับกระเฉง ความสดชื่นแจ่มใสมีชีวิตชีวา มีผลกำลังมีอารมณ์มั่นคง มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง รู้สึกมั่นใจในตนเอง และมีความรู้สึกผ่อนคลายมากกว่ามีความรู้สึกเครียด หรือกังวลใจ หรือว่าุ่นใจ หรือท้อใจ หมดกำลังใจ หรือหมดหวัง หรือซึมเศร้า หรือเป็นทุกข์ โดยใช้แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปในชีวิตของดูพวย (Dupuy, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล ประครอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532 อ้างถึงใน รัชัญญกรณ์ คาวนพแก้ว, 2547) คะแนนมาก หมายถึงผู้ดูแลมีความผาสุกมาก