

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจาก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบการเพิ่มขึ้นของอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 20.6, 20.8 และ 21 ตามลำดับ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ของประเทศไทย รองจากโรคมะเร็ง, อุบัติเหตุ และ โรคหัวใจ โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการ ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ สูงถึง 131,203 คนในปี พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2544 - 2546 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเกิดอัมพาตร้อยละ 18.2, 21.4 และ 27.7 ตามลำดับ ซึ่งจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคพบว่า ร้อยละ 85-87 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุจากสมองขาดเลือด ไปเลี้ยง (Hickey, 2009; Smith, English, & Johnston, 2010) โดยผู้ที่รอดชีวิตจากจากโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และร้อยละ 50 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ (วิจิตรา เชาว์พานนท์ และสุวรรณา วิภาคสงเคราะห์, 2550) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางหลอดเลือดที่ส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ประสาทลดลง มีผลทำให้สมองขาดเลือด ไปเลี้ยง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตตามมา (Draper & Brocklehurst, 2007) โดยในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น แต่ผลของโรคกลับทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและมีความพิการร้อยละ 31 ต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16 ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด (Carrozzella & Jauch, 2002) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบโดยตรงต่ออวัยวะที่สำคัญคือสมอง ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมสั่งการการทำงานระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดความบกพร่องของระบบสั่งการ ประสาทรับสัมผัส การคิดรู้ ความจำ การสื่อสาร ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลงหรือเสียไป

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อทั้งผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดทางร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการในการดูแลตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; Tell, Duncan, & Lai, 2001) ทำให้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าขึ้นได้ (Popovich, Fox, & Bandagi, 2007) และจากความพิการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ต้องเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม จึงลดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมแยกตัวจากผู้อื่น ขาดความ กระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง และอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล รักษาได้ (นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) จากภาวะดังกล่าวนี้จะทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยยิ่งช้าลง ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าภาวะนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกใน ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัวใน การดูแล และฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545; ปราณิ สุทธิสุขคนซ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, 2552) โดยเฉพาะผู้ที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดความสับสนในบทบาทที่ได้รับ เนื่องจากขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถวางแผน หรือบริหารเวลาในการ ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (อุมา จันทวิเศษ, 2552; วิจิตรา เซาว์พานนท์ และสุวรรณา วิชาศกสงเคราะห์, 2551) โดยพบว่าร้อยละ 85.5 ของผู้ดูแล ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน และมีเพียงร้อยละ 58.2 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546) และจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ลดลง ร่วมกับความแตกต่าง ของสถานที่ระหว่างโรงพยาบาล และบ้าน ผู้ดูแลอาจรู้สึกถึงความไม่มั่นใจในความสามารถในการ ดูแลของตน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Jonsson, Lindgren, Hallstrom, & Lindgren, 2005) ซึ่งพบว่าร้อยละ 63 ของผู้ดูแลรู้สึกถึงเครียด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก จนไม่มีเวลาเป็นของ ตัวเอง โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของตน อาจทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมเกิดการ เจ็บป่วยขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีข้อจำกัดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแล และความรู้สึกไม่พร้อม ที่จะ เข้าไปดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Bugge, Alexander, & Hagen, 1999; Han & Haley, 1999)

ความพร้อมในการดูแล (Preparedness for Caregiving) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถหรือความพร้อมของคนว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด (Archbold et al., 1995) ซึ่งการดูแลดังกล่าว ประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลโดยรวม (Schumacher et al., 2008; Archbold, 1995) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก โดยถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จันทรรักษ์ ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร คุลาทอง, 2551; Marcella, 2009) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแล จะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลได้เช่นกัน เนื่องจาก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากโรงพยาบาล ทำให้ต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ในการปรับตัวเพื่อเป็นผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดความสับสน เครียด น้อยล้ำ นอนไม่หลับ และอาจมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ (อูมา จันทวิเศษ, 2552) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระงานที่หนัก และต้องใช้เวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน ต้องอาศัยทักษะและความรู้ในการดูแลรับผิดชอบรวมทั้งการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลอาจเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชนี สรรเสริญ, 2552) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัด มีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย อย่างไรก็ตาม ด้วยภาระงานการดูแลผู้ป่วยที่มากของพยาบาล และแนวโน้มของระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่สั้นลง จากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) จึงมักพบว่าเมื่อผู้ดูแลกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ผู้ดูแลจึงมักรู้สึกถึงความไม่พร้อม และไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตามที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายใน 28 วันเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 37.5 ซึ่งมี

สาเหตุส่วนใหญ่จากการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 15-21 (Kind, Smith, Pandhi, Frytak, & Finch, 2007) และจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 14.1 (Bohannon & Lee, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้ผู้ดูแลในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ดี ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการมีความพร้อม ความมั่นใจในความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดี (จันทร์ศรีสมบัติ, 2551; Shyu, Chen, Chen, Wang, & Shao, 2008) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า คำแนะนำ และข้อมูล que ผู้ดูแล ได้รับเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (สิริชชา จิราจรรุภัทร, รัชณี นามจันทร์ และหทัยชนก บัวเจริญ, 2553; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2552; O' Connell, Baker, & Prosser, 2003) และยังพบอีกว่าในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 76 ของผู้ดูแลมักเกิดความยากลำบากในการดูแล (King & Semik, 2006) เนื่องจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมทั้งการขาดข้อมูล และทักษะในการดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางคน ยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมระหว่างทำการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแล (Blonder, Langer, Creed, & Garrity, 2007; Kerr & Smith, 2001) ดังนั้นความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถปรับตัว ฟื้นฟู และมึคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงผู้ดูแลเองสามารถปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ สภาพจิตใจ การฟื้นฟู และความสามารถในการทำกิจกรรม 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความเครียด และความเป็นภาระในการดูแล และ 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการได้รับข้อมูลจากแหล่งบริการสุขภาพ เป็นต้น (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546, วิไลพร ศรีเศรษฐ, 2546, Draper & Brocklehurst, 2007; Tooth, Mckenna, Barnett, Prescott, & Murphy, 2005) อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาังมีความไม่สอดคล้องกัน ในปัจจัยดังกล่าว ดังเช่นการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.18, p < .05$) แต่ในความ

เป็นจริงกลับพบว่า ผู้ดูแลส่วนมากมีปัญหาด้านสุขภาพ ก่อนการดูแลถึงร้อยละ 51.8 และในระหว่างการดูแลผู้ดูแลหลักก็มีปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 70.9 (วิลพร ศรีเรศ, 2546) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Shyu et al. (2008) ที่พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ที่เข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลจะมีอายุเฉลี่ย 48 ปีขึ้นไป และมีปัญหาทางด้านสุขภาพมาก แต่เมื่อผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าคุณมีความพร้อมในการดูแลในระดับที่สูง

เมื่อพิจารณาถึงความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล พบว่า ผลจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแล ขาดอิสระ และมีความเครียดในบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น (ชุตินา มาตยกุล, 2546) ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2551) และ Archbold et al. (1995) ที่พบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเช่นกัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ คนองนิช ไชยวุฒิ (2546) ที่พบว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.238$, $p < .01$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Kerr and Smith (2001) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความพร้อมในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแล ($r = .54$, $p < .05$) (ธัญญาภรณ์ คาวานพแก้ว, 2547) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลทางอารมณ์ หรือสิ่งของจากบุคคลรอบข้างจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการได้รับการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระและทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทที่เกิดขึ้น และรู้สึกถึงการมีความพร้อมและมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาของ จินตนา สมณีศ, ซอลดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มเจริญอรุณเรือง (2542) พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ และพบว่า ถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนก็ตาม แต่ยังไม่เพียงพอับความต้องการของผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (จันทนา ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรชานันท์, วิลพรพรรณ สมบุญตนนท์ และสุพัฒนา คำสอน, 2551)

สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาสูง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมีความยากลำบากและไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย (จิริรัตน์ กอผจญ, 2545; Bugge, Alexander, & Hagen, 1999) และจากผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระในการดูแล ($r = -0.33$,

$p < .05$) (จินตนา สมนึก และคณะ, 2542) อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ป่วยจะมีระดับของการพึ่งพาที่สูง แต่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็น โอกาสที่ดี ในการได้ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่ความพร้อม และพฤติกรรม การดูแลที่ดีของผู้ดูแล (ชุตินา มาตยกุล, 2546; รัชณี สรรเสริญ, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการให้ การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเช่นกัน โดยพบว่า การที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิด แรงจูงใจ สบายใจ มีความพร้อมที่จะให้การดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วย (เพียงใจ ทวีไพรวงศ์, 2540) ซึ่งผลจากการศึกษา ของ คนองนิช ไชยวุฒิ (2546) และวิไลพร ศรีเชรศ (2546) พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r = -.238, p < .01, r = -.184, p < .05$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Archbold, Stewart, Greenlick, and Harvath (1990) โดยพบว่า ถ้าผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง และสามารถปฏิบัติ หน้าที่ในการดูแลที่ดี ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการมีความพร้อมและสามารถให้การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแล และผู้ป่วยจะมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แต่ด้วยระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการ พึ่งพาของผู้ป่วย และสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแล ได้เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความพร้อมของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย แต่ยังมี ความหลากหลายในผล การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเมื่อพิจารณาตาม แนวคิดของ Archbold et al. (1995) ที่นำเสนอเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลว่า ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มี ผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ในทางกลับกันปัจจัยดังกล่าว ก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมใน การดูแลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านการสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับ ก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลก็น่า จะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล โดยการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากสถิติพบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้า รับการรักษาในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวนถึง 12,039 ราย ในปี พ.ศ. 2552 และ

ในจำนวนนี้พบอัตราการตายเท่ากับ 1,297 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และยังพบว่าโรคนี้นี้เป็นสาเหตุอันดับ 3 ของโรคเรื้อรังที่ต้องการผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชนิสร เสริณ, 2552) อาจเนื่องจากในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ เป็นเขตที่มีความหลากหลายของทรัพยากร และความแตกต่างของชุมชน ทั้งเกษตรกรรม ประมง และอุตสาหกรรม ที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อวิถีชีวิต และสุขภาพของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547) ซึ่งน่าจะมีผลต่อการทำหน้าที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลของผู้ดูแลได้ และถึงแม้ว่าจะมีนโยบายการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ตาม แต่ยังคงพบว่าสถิติการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังสูงอยู่ถึงร้อยละ 40 (อะเคือ อุนทเลชกะ, 2545) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยสะท้อนถึงผลของการเตรียมความพร้อมในผู้ดูแลเพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้โดยผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้วางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การให้การดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และยังสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมทำนายของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์

ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมทำนายของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2554

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ของ Archbold et al. (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย โดย Archbold et al. (1990) ได้นำเสนอให้เห็นถึงความสำคัญของความเครียดของผู้ดูแลในการรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยหากผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลสูง ก็อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถปรับตัวเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงและสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Archbold et al. (1995) ได้นำเสนอถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลไว้ 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Characteristic of The Caregivers) ลักษณะของผู้ป่วย (Characteristic of Care Receiver) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล

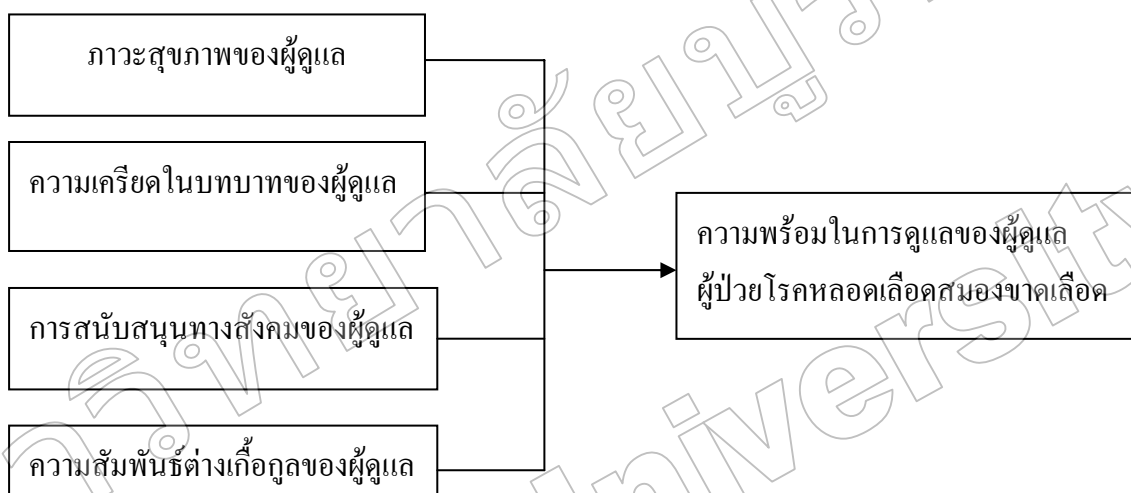
(Mutuality) และ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล (Preparedness for Caregiving) (Archbold et al., 1995) ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 นี้ มีผลโดยตรงกับการรับรู้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และนำไปสู่การฟื้นฟูของผู้ป่วยเช่นกัน (คณอนนิช ไชยวุฒิ, 2546; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; วิไลพร ศรีธรรม, 2546; Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990)

จากแนวคิดดังกล่าวของ Archbold et al. (1995) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวทั้ง 4 ปัจจัยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำหน้าที่ให้การดูแลและดำรงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ดูแล โดยเฉพาะความพร้อมในการดูแล ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ดูแลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในสถานการณ์ดังกล่าว โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งพบว่าหากผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลลดลง จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ก็น่าจะช่วยให้ผู้ดูแล สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และพร้อมที่จะทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลที่เกิดขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โณ, 2541; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537ก; Ilse, Feys, Wit, Putman, & Weerd, 2008) รู้สึกถึงความสำเร็จและภูมิใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล รวมถึงมีภาวะสุขภาพที่ดี จากการที่สามารถปรับตัวและจัดการบริหารสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003) ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าความพร้อมของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว (บุษรา ศรีสุพัฒน์, 2552; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537ก; Stewart & Archbold, 1986)

ดังนั้นการได้ทราบถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ รวมถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ สามารถเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแลก่อน อย่างไรก็ตามสามารถสรุปปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล เป็น 4 ด้านใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านครอบครัว และ ปัจจัยด้านสังคม

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นน่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลและการฟื้นฟูของผู้ป่วย (จินทนา ชาญประโคน และคณะ,

2551; Ilse et al., 2008) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ซึ่งจากแนวคิดของ Archbold et al. (1995) และหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังกล่าวข้างต้น พบว่าปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของตนในการทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งประกอบไปด้วยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย 8 ด้าน คือ

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลในเรื่องการจัดการอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่าย เคลื่อนย้ายร่างกาย การป้องกันและฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการตอบสนองผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ของตนเองให้การดูแล และปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลให้สัมพันธ์กับ

พฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมทั้งรับฟัง และยอมรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เอาใจใส่และยอมรับนับถือให้ความเคารพในความเป็นบุคคล โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าในตนเอง

3. ความพร้อมในการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการหาแหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ ทั้งภายใน และภายนอกครอบครัว ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลได้ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน สถานบริการพยาบาล อาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ การหาแหล่งบริการในการดูแลสุขภาพ และขอความช่วยเหลือในการดูแลและติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่น เพื่อให้การช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของตน

4. ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การจัดการกับความรู้สึกกังวลและไม่แน่ใจ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ รวมทั้งสามารถหาแนวทางผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลได้

5. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการเรียนรู้และเข้าใจใน สภาพของโรค และการเจ็บป่วย และเกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแล โดยพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดำเนินของโรค ได้แก่ การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย แม้ว่าจะใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือแย่ลงก็ตาม

6. ความพร้อมในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการที่จะควบคุม และจัดการ ในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถแก้ไข และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เกี่ยวกับโรค รวมทั้งการตัดสินใจในการดูแล หรือนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ได้แก่ การแก้ไขปัญหา หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดระหว่างทำการดูแลพร้อมทั้งประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดูแลและมีความพร้อมในการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาฉุกเฉินด้านสุขภาพ หรือเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่บ้านได้

7. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการหาแหล่งความช่วยเหลือ ในการดูแล เช่น การสนับสนุนทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้และข้อมูล เกี่ยวกับ โรค การรักษา และ การช่วยเหลือทางด้าน อารมณ์ จิตใจ

ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง โดยอาจได้รับข้อมูลจาก โรงพยาบาล สถานบริการทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อนบ้าน ซึ่ง จะทำให้ผู้ดูแลมีข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

8. ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวมหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดว่ามีความพร้อมในการดูแล และ มีการเตรียมความพร้อม เกี่ยวกับ แนวทางการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลได้

ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ปรับมาจาก แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของ สุปราณี สมบูรณ์ (2548) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของ (Stewart & Archbold, 1986; Archbold et al., 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกี่ยวกับสุขภาพของตน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ระหว่างทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SF-36 Health Survey) ของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพ ของ วิโรจรัตน์ วิโรจน์รัตน์ (2545)

ความเครียดในบทบาท หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดในบทบาทโดยรวมของ วิไลพร ศรีธเรศ (2546) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความเครียดในบทบาทของ Wirojratana (2002) ที่แปลมาจากแบบประเมินของ Archbold (1991)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และองค์กรในสังคม โดยแบ่งการสนับสนุนได้ 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และยกย่องชมเชย
2. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrument Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เงิน เวลา หรือการบริการที่ได้รับ
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล ในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับการเห็นพ้อง หรือให้การรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ที่เป็นประโยชน์ สำหรับตนเอง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ทรภัทร อิมโอยล์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981)

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ถึงความใกล้ชิดสนิทสนม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีร่วมกันในระหว่างให้การดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ การแสดงความรัก ความเห็นอกเห็นใจกัน การมีความเมตตาและเป็นมิตรต่อกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ประเมินโดยใช้แบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ของ วิไลพร ศรีชเรศ (2546) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Wirojratana (2545) ที่แปลมาจากแบบประเมินของ Archbold (1991)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นเครือญาติ ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองและการประกอบกิจวัตรประจำวัน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล