

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาของสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ และเป็นโรคที่ติดลำดับ 1 ใน 5 ของโรคที่พบบ่อยในอเมริกา เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA) ประมาณว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณ 500,000 – 600,000 คน และพบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ถึง 3 ล้านคน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความต้องการที่จะได้รับการพยาบาล รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพต่อไป (Grant, 1996) ส่วนในประเทศอื่นๆ แถบตะวันตกจะพบอัตราความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละปีเพิ่มขึ้นประมาณ 150-200 คนต่อประชากร 100,000 คน (Kelly-Hayes, 1991)

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจอัตราชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อัตราความชุกในประชากรไทย มีสูงถึง 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ในปัจจุบันจำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน (สถาบันประสาทวิทยา, 2544) นับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นอีก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งประชากรสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ได้สูงสุด (นิพนธ์, 2531; ฤกษ์ชัย, 2539; สถาบันประสาทวิทยา, 2544)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคระบบประสาท ซึ่งสาเหตุเกิดจากการแตก ตีบ อุดตันของเส้นเลือดภายในสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้น เกิดการตายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Hudak, Gallq & Morton, 1998) ทำให้ปรากฏอาการที่บุคคลทั่วไป เรียกว่า "อัมพาต" ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ มีการสูญเสียทางร่างกาย ทำให้มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส รวมทั้งความคิด ความจำ สติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรู้คิด หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งการสูญเสียด้านการติดต่อสื่อสาร (นิพนธ์, 2531) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จาก

การศึกษาของ นกุล, ซอลดา และนิตยา (2537) ถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาสภาพความพิการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแล ได้แก่ ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 และกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 รวมทั้งยังพบปัญหาด้านการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ สภาพอารมณ์และจิตใจไม่ปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการเกิดแผลกดทับ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีข้อจำกัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้ครอบครัวลำบาก มองตนเองมีปมด้อย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง (อรพวรรณ, 2531) และจากการศึกษาของพวงน้อย (2536) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 71.43 โดยปัญหาที่พบได้มากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า และ ความวิตกกังวล กลัว จากสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคม

ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการผ่านพ้นเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดรัฐบาล มีนโยบายการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วย จึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้นลง (ยุพาพิน, 2539; Bull, 1990) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอันมาก เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและความสามารถของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ได้น้อยลง และจากการที่ผู้ดูแลต้องวางแผนในการดูแล ต้องตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ซึ่งจะนำมาสู่ความเครียดของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน (Bull, 1990) และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่า ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยกลับมาถึงบ้านภายในครอบครัวเกือบทุกครอบครัวจะเกิดความวุ่นวาย มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางรายจะมีความตื่นตระหนก ไม่รู้จะช่วยทำอะไรก่อนหลัง ยิ่งถ้าในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวมาด้วย ก็จะทำให้สมาชิกเกิดความกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าดูแล หรือช่วยดูแลผู้ป่วยให้

แต่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งนับได้ว่าปัญหาดังกล่าว จะนำมาซึ่งภาวะวิกฤตของครอบครัว ความทุกข์ และความเครียด และการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล

นอกจากนี้ผู้ดูแลและครอบครัวยังจะต้องเผชิญกับภาวะความเครียดในบทบาท การเปลี่ยนแปลงในสถานภาพและหน้าที่ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากภาระหน้าที่เดิม ที่มีอยู่แล้ว บางรายต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลา ในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ บทบาทในการเข้าร่วมสังคมก็จะลดน้อยลง การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตดังกล่าว นับว่าเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นบุคคลให้เกิดความเครียด (วิลลิตน์, 2538; ฟาริดา, 2539) และพบว่าในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปบ้าน ครอบครัวมักให้ความ สนใจ และให้ความช่วยเหลือ แต่เมื่อผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยผ่านไปได้สักระยะเวลาหนึ่ง ครอบครัวมักจะไม่ให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง (สุดศิริ, 2541) ซึ่งก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดต่อแท้ เมื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (ชนิดา และคณะ, 2535; ฟาริดา, 2539; Hoyert & Seltzer, 1992)

การที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่มากและยาวนาน ทำให้ สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ แปรเปลี่ยนไป โดยจากการศึกษาถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ด้วย พบว่า คู่สมรส ต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อน ต้องการเวลาว่าง มีความรู้สึกอื่นๆ ที่เป็นอาการบ่งบอกถึงภาวะ เหนื่อยหน่าย ห่อหุ้มหมดกำลังใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีคนเข้าใจ และยังมี อาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ ความรู้สึกที่สำคัญและพบได้มากที่สุด คือ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว (Ekberg, Griffith & Foxall, 1986) สภาพร่างกายและจิตใจที่แย่งของผู้ดูแล ทำให้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยมีจำกัด (Paulshock & Deimling, 1984 cited by Bull, 1990) ซึ่งจะส่งผลให้ ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดลง จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของ ผู้ดูแลด้วย (บุญวดี, 2532)

ในการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าเครียดหรือคุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป มีความพยายามพัฒนาทักษะต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดี มีความห่วงใย เนื่องจากมีความรักใคร่ผูกพันกับผู้ป่วย (วิภาวรรณ, 2537) ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี และมีความหวังในการดูแล ก่อให้เกิด กำลังใจ การเสียสละ เอาใจใส่และอดทน (สุดศิริ, 2541) ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ไปในทาง

ที่ดีว่าเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลาย (วิภาวรรณ, 2537) มีความสุขที่ได้ให้การดูแล รู้สึกตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของสโตรคเกอร์ (Stroker, 1983) พบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความหวังและกำลังใจ สามารถคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกให้เกิดแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะแสดงให้เห็นได้ว่า ถ้าผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยได้ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในขณะที่อยู่ที่บ้านดีขึ้น และประกอบกับในปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการขยายขอบเขตไปสู่การดูแลที่บ้าน รวมทั้งได้ส่งเสริมให้ประชาชนสนใจ เอาใจใส่และร่วมกันดูแลสุขภาพ (รุจา, 2537)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ตลอดจนความต้องการของผู้ดูแล เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาดำเนินการตามกรอบแนวคิดและทัศนะของผู้วิจัย ทำให้ทราบถึงระดับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และทราบถึงความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล ก็จะประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยากลำบาก รวมทั้งผู้ดูแลที่ให้การดูแลด้วยความรักความผูกพัน ได้รับความช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อความต้องการ ผู้ดูแลก็จะรับรู้ว่าเป็นภาระน้อย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายต่อการดูแลลดน้อยลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาในการดูแลได้เป็นอย่างดี (นิตยา, 2531; จุไรรัตน์, 2532; นภาพรณี, 2533; รุจา, 2535; จันทร์เพ็ญ, 2536; ชนิดา, 2537; วิภาวรรณ, 2537; สายพิณและประอรนุช, 2538; กัญญารัตน์, 2539; เพ็ญลดา, 2539; อรุษา, 2539; จอม, 2540; จินตนา, 2540; เพียงใจ, 2540; พรชัย, 2540; สุนันทา, 2540; ชูชื่น, 2541; สุรรัตน์, 2541) ส่วนการศึกษาของสุดศิริ (2541) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสนใจศึกษาสถานการณ์การให้การดูแล ปัญหาของผู้ดูแลและการรับรู้ภาระของผู้ดูแล (family caregiver burden) ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยศึกษาเน้นถึงปัญหาและผลกระทบของผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และพึ่งตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้ ไม่ได้เน้นการศึกษาเจาะลึกถึงการเผชิญปัญหาโดยตรงที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาซ้ำในส่วนของประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาถึงซึ่งถึงการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่พบว่า ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการให้ความหมายที่มาจากทัศนะของผู้ดูแล ตามกลวิธีที่ผู้ดูแลใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง รวมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งนับวันจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน ผลการวิจัยจะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลได้อย่างถ่องแท้ ซึ่งจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่มีปัญหาล้ำคลึงกัน สามารถที่จะเผชิญปัญหาในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ผู้ดูแลมีปัญหาและเกิดผลกระทบอะไรบ้างในการดูแล
2. ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง
3. ปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
4. ในการดูแล ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง จากใคร อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดการเผชิญปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ความต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้มีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ไม่ใช่เป็นกรอบในการควบคุมผลการวิจัย

นิยามศัพท์

ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ดูแลใช้หรือแสดงออก เพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก รวมทั้งการกระทำใดๆ ก็ตามที่ผู้ดูแลใช้ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะอยู่บ้าน

การดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัวและการรักษาพยาบาล การดูแลทางด้านอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกและป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี ทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง อยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส ด้านความคิด ความจำสติปัญญา รวมทั้งการสูญเสียด้านการติดต่อสื่อสาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. ได้ข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพ ทั้งทางด้านการบริหาร การพยาบาล การศึกษาการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เนื่องจากผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถที่จะเผชิญปัญหา ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ