

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 141 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
3. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
4. อำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.05) เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 53.90) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.40) มีอายุระหว่าง 15 - 78 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 48.88 ปี (SD = 14.98) โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40 ปีขึ้นไป - 60 ปี (ร้อยละ 49.65) ระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 7.30 ปี (SD = 4.70) และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.35) ในจำนวนดังกล่าวมีผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.26 มีสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 74.47 ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 15 ปี เฉลี่ย 3.34 ปี (SD = 3.45) โดยเป็นผู้ที่มีระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป - 4 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 39.01) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.92) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 141)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
อายุ (15 - 78 ปี)			48.88	14.98
≤ 20 ปี	5	3.55		
20 ปีขึ้นไป - 40 ปี	33	23.40		
40 ปีขึ้นไป - 60 ปี	70	49.65		
> 60 ปี	33	23.40		
เพศ				
ชาย	38	26.95		
หญิง	103	73.05		
ระยะเวลาในการศึกษา			7.30	4.70
≤ 4 ปี (ไม่ได้เรียนหนังสือ - ประถมศึกษา)	71	50.35		
5 - 12 ปี (สูงกว่าประถมศึกษา - มัธยมปลาย)	42	29.79		
13 - 16 ปี (สูงกว่ามัธยมปลาย - ปริญญาตรี)	28	19.86		
การสนับสนุนจากครอบครัว				
มีผู้ช่วยเหลือ	105	74.47		
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	36	25.53		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระยะเวลาในการดูแล			3.34	3.45
≤ 1 ปี	47	33.33		
1 ปีขึ้นไป - 4 ปี	55	39.01		
4 ปีขึ้นไป - 8 ปี	24	17.02		
> 8 ปี	15	10.64		
ภาวะสุขภาพ				
มีโรคประจำตัว	41	29.08		
ไม่มีโรคประจำตัว	100	70.92		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น				
บุตร	76	53.90		
ภรรยา	41	29.08		
สามี	13	9.22		
น้อง	1	.71		
อื่นๆ (มารดา หลาน บุตรสะใภ้ พี่เขย)	10	7.09		
ศาสนา				
พุทธ	126	89.36		
อิสลาม	13	9.22		
คริสต์	2	1.42		

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้มีอายุระหว่าง 35 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 69.87 (SD = 10.60) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป - 80 ปี (ร้อยละ 39.72) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.48)

เป็นอัมพาตครึ่งซีกมาจากหลอดเลือดในสมองตีบ (ร้อยละ 75.18) และเป็นผู้ที่มีแขนขาซีกซ้ายและซีกขวาอ่อนแรงในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.35 และ 49.65 ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 141)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
อายุ			69.87	10.60
≤ 60 ปี	26	18.44		
60 ปีขึ้นไป - 70 ปี	45	31.91		
70 ปีขึ้นไป - 80 ปี	56	39.72		
> 80 ปี	14	9.93		
เพศ				
ชาย	74	52.48		
หญิง	67	47.52		
สาเหตุความเจ็บป่วย				
หลอดเลือดในสมองตีบ	106	75.18		
หลอดเลือดในสมองแตก	29	20.57		
หลอดเลือดในสมองตัน	6	4.25		
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง				
แขนขาซีกขวา	70	49.65		
แขนขาซีกซ้าย	71	50.35		

ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในช่วง 126 - 235 คะแนน (คะแนนรวมตั้งแต่ 40 - 240) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 193.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.29 ดังตาราง 3

ตาราง 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (N = 141)

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	คะแนนศักยภาพในการดูแล		
	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเข้าใจถึงคุณค่าตนเองฯ	45-90	74.22	9.54
การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล	23-60	45.64	7.46
ความตั้งใจและความตระหนักฯ	18-42	33.51	5.52
ทักษะและความพึงพอใจ	30-48	39.82	4.73
ศักยภาพโดยรวม	126-235	193.20	23.29

เมื่อนำค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งรายด้านและโดยรวมมาแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม หลังจากนั้นจึงหาความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มพบว่า ค่าคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.60) ในส่วนของศักยภาพด้านการเข้าใจถึงคุณค่าตนเองต่อการดูแล ด้านการตัดสินใจในการดูแล ด้านความตั้งใจและ

ความตระหนักในความสำคัญในการดูแล และด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแล อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 70.90 , 70.20, 71.60, และ 58.90 ตามลำดับ) ดังตาราง 4

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับการแบ่งค่าคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งรายด้านและโดยรวม (N = 141)

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	จำนวน/ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง		
	กลุ่มศักยภาพสูง	กลุ่มศักยภาพปานกลาง	กลุ่มศักยภาพต่ำ
การเข้าใจถึงคุณค่าตนเองฯ	(22) 15.60	(100) 70.90*	(19) 13.50
การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล	(20) 14.20	(99) 70.20*	(22) 15.60
ความตั้งใจและความตระหนักฯ	(19) 13.50	(101) 71.60*	(21) 14.90
ทักษะและความพึงพอใจฯ	(30) 21.20	(83) 58.90*	(28) 19.90
ศักยภาพโดยรวม	(20) 14.20	(101) 71.60*	(20) 14.20

* กลุ่มที่มีจำนวนสูงสุด

นอกจากนี้เพื่อให้ค่าคะแนนศักยภาพแต่ละด้านสามารถเปรียบเทียบกันได้ ผู้วิจัยจึงได้แปลงค่าคะแนนดังกล่าวให้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 6 โดยนำค่าเฉลี่ยของคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในแต่ละด้านมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามในด้านนั้นๆ ภายหลังจากการแปลงค่าคะแนนดังกล่าวพบว่าศักยภาพด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลสูงที่สุด (เฉลี่ย 4.98 คะแนน, SD = .59) รองลงมาคือศักยภาพด้านการเข้าใจถึงคุณค่าตนเองต่อการดูแล และศักยภาพด้านความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญของการดูแล (เฉลี่ย 4.95 คะแนน,

SD = .64 และ 4.79 คะแนน, SD = .79 ตามลำดับ) สำหรับศักยภาพในการดูแลด้านที่ต่ำที่สุดคือการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 4.56 คะแนน, SD = .75) ดังตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน (N = 141)

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	Range	\bar{X}	SD
การเข้าใจถึงคุณค่าตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย	3.00 - 6.00	4.95	0.64
การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	2.30 - 6.00	4.56	0.75
ความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญ	2.57 - 6.00	4.79	0.79
ทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติ	3.75 - 6.00	4.98	0.59
โดยรวม	3.15 - 5.88	4.83	0.58

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแล ($r = .19$, $p < .05$) ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ($r = -.19$, $p < .05$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 141)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ศักยภาพในการดูแลฯ	1.00						
2. อายุ	.19*	1.00					
3. เพศ	.02	.08	1.00				
4. ระยะเวลาในการศึกษา	-.02	-.45**	-.28**	1.00			
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	-.09	.12	-.01	-.12	1.00		
6. ระยะเวลาในการดูแล	-.19*	.00	.19*	.03	.12	1.00	
7. ภาวะสุขภาพ	.02	-.34**	-.14	.23**	.05	-.05	1.00

* p < .05, ** p < .01

นอกจากนี้จากตาราง 6 ยังแสดงให้เห็นว่าเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการศึกษา ($r = -.28$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการดูแล ($r = .19$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ($r = -.34$) และระยะเวลาในการศึกษา ($r = -.45$) และระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .23$) จากค่าความสัมพันธ์ทั้งหมดดังกล่าวจะเห็นว่าทุกค่าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และเมื่อนำตัวแปรเหล่านี้ไปทดสอบความเป็นอิสระในการทำนาย (multicollinearity test) ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นตัวแปรตามพบว่า ไม่มีตัวแปรใดเลยที่ไม่มีมีความอิสระในการทำนายตัวแปรดังกล่าว (Tolerance มีค่าอยู่ในช่วง .79 - 1.00, ค่าปกติต้อง > 0 และควรใกล้เคียง 1, และ VIF มีค่าอยู่ในช่วง 1.00 - 1.26 โดยค่าปกติ ≤ 10) (กัลยา, 2543; เพชรน้อย, 2546)

จากตาราง 7 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลโดยจำแนกตามกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกันตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลพบว่า เพศหญิงมีคะแนนศักยภาพในการดูแลสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (เฉลี่ย 4.83 คะแนน, SD = .58 และ 4.79 คะแนน, SD = .60 ตามลำดับ) ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีศักยภาพในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (เฉลี่ย 4.93 คะแนน, SD = .50 และ 4.57 - 4.88 คะแนน, SD = .57 - .64 ตามลำดับ) ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาถึงมีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนศักยภาพในการดูแลเท่ากับผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลาย (เฉลี่ย 4.86 คะแนน, SD = .60 และ .49 ตามลำดับ) ในส่วนของผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาถึงมัธยมปลายจะมีศักยภาพในการดูแลต่ำสุด

(เฉลี่ย 4.71 คะแนน, SD =.61) และผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 1 ปี มีศักยภาพในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปีขึ้นไป (เฉลี่ย 4.92 คะแนน, SD = .56 และ 4.58 – 4.86 คะแนน, SD = .47 - .78 ตามลำดับ)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มที่แตกต่างกันตามเพศ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาในการดูแล (N = 141)

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD
เพศ		
ชาย	4.79	.60
หญิง	4.83	.58
อายุ		
≤ 20 ปี	4.57	.64
20 ปีขึ้นไป - 40 ปี	4.62	.64
40 ปีขึ้นไป - 60 ปี	4.88	.57
> 60 ปี	4.93	.50
ระยะเวลาในการศึกษา		
≤ 4 ปี (ไม่ได้เรียนหนังสือ - ประถมศึกษา)	4.86	.60
5 - 12 ปี (สูงกว่าประถมศึกษา - มัธยมปลาย)	4.71	.61
13 - 16 ปี (สูงกว่ามัธยมปลาย - ปริญญาตรี)	4.86	.49
ระยะเวลาในการดูแล		
≤ 1 ปี	4.92	.56
1 ปีขึ้นไป - 4 ปี	4.86	.57
4 ปีขึ้นไป - 8 ปี	4.67	.47
> 8 ปี	4.58	.78

อำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรที่ใช้ในการทำนายทั้งหมดคือ อายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ เข้าสมการในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีดังกล่าวพบว่า ระยะเวลาในการดูแลกับอายุเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .07 ($p < .05$) ซึ่งหมายถึงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายด้วยตัวแปรดังกล่าวร้อยละ 7 ดังตาราง 8

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของระยะเวลาในการดูแลและอายุในการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ($N = 141$)

ตัวแปรในการทำนาย	ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก				
	b	SE _b	β	t	p
ระยะเวลาในการดูแล	-0.03	0.01	-0.19	-2.32	0.02
อายุ	0.01	0.00	0.19	2.33	0.02

df = 140

R = .27

R² = .07

อย่างไรก็ตามจากผลการพิจารณาการกระจายของข้อมูลคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษานี้ปรากฏว่ามีตัวอย่าง 1 รายที่มีค่าคะแนนแตกต่างไปจากกลุ่ม (outlier) คือมีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.18 คะแนน และเมื่อผู้วิจัยได้ลดตัดค่าคะแนนของตัวอย่างรายนี้ออกไป ผลการวิจัยดังกล่าวมีค่าเปลี่ยนไปเล็กน้อย คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวมเดิมเท่ากับ 4.83 คะแนน เปลี่ยนเป็น 4.84 คะแนน ค่าอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 9.6

การอภิปรายผล

การศึกษาศึกษาภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและอำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ ต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และ 3) อำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.05) และมีความเกี่ยวข้องโดยเป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 53.9) สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยที่พบว่าเมื่อบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยจะเป็นหน้าที่ของบุตรเป็นผู้ดูแล และบุตรสาวจะถูกเลือกเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุตรชาย (สุคศิริ, 2541) เพราะผู้หญิงจะถูกหล่อหลอมให้ทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อ และการปลูกฝังค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม (จอม, 2540; ยูพาฟิน, 2539; Walker, et al., 1995) และสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พบจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์เพ็ญ, 2536; จินตนา, 2540; จอม, 2541; นันทพร, 2545; พรชัย, 2540; เพียงใจ, 2540; สุริรัตน์, 2541; สุคศิริ, 2541; อรศิลป์, 2542; อรุษา, 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15 - 78 ปี เฉลี่ย 48.88 ปี โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป - 60 ปี (ร้อยละ 49.65) ซึ่งช่วงอายุนี้เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีการพัฒนาการด้านวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ และการตัดสินใจที่ดี (ทิพย์ภา, 2541) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในช่วงอายุดังกล่าวกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีอายุ 70 ปีขึ้นไป - 80 ปี (ร้อยละ 39.72) พบว่าผู้ดูแลจะเป็นบุตรของผู้ป่วย สำหรับกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งมีจำนวน 5 ราย (ชาย 3 ราย และหญิง 2 ราย) มีความสัมพันธ์โดยเป็นหลานของผู้ป่วย 4 ราย และเป็นบุตร 1 ราย ในกรณีที่เป็นหลานมักมาดูแลผู้ป่วยเนื่องจากว่าผู้ป่วยไม่มีบุตร (2ราย) หรือบุตรไม่สามารถดูแลได้จึงให้หลานมาดูแลแทน (2ราย)

ส่วนระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลมีตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงได้รับการศึกษา 16 ปี (เฉลี่ย 7.30 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.26) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท และเมื่อจบการศึกษากลับมาซึ่งในอดีตคือประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 แล้วมักจะไม่ได้ศึกษาต่อ (ชัยวุฒิ, 2544) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

(ร้อยละ 28.37) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอม (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมีอาชีพเกษตรกรกรรม เนื่องจากเป็นงานที่ไม่กำหนดเวลาแน่นอน ขึ้นอยู่กับฤดูกาล (จำนงค์ และคณะ, 2543) อีกทั้งลักษณะงานสามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้ และส่วนใหญ่จะเป็นงานที่ทำอยู่กับบ้าน ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงถูกเลือกมาดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนที่ทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยดูแลถึงร้อยละ 74.47 ซึ่งอาจเป็นลักษณะของสังคมไทยในชนบทที่มีการช่วยเหลือกันระหว่างพี่ๆ น้องๆ ในการแบ่งเบาภาระแก่กันและกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.92) อาจเป็นเพราะครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนผู้ที่สุขภาพดีจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (จอม, 2540)

สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 15 ปี เฉลี่ย 3.34 ปี และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 4 ปี (ร้อยละ 72.34) ในจำนวนดังกล่าวพบว่าระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป - 4 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.01) รองลงมาคือระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 1 ปี (ร้อยละ 33.33) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการฟื้นตัวดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังเกิดโรค และภายหลังจาก 6 เดือนจะมีการฟื้นตัวน้อยมาก (นิพนธ์, 2544) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาในการดูแลที่บ้านน้อยกว่า 1 ปีนั้นอาจมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการฟื้นตัวดีจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงไม่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ของกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป - 4 ปีนั้นการฟื้นตัวของร่างกายจะน้อยมากหรืออาจคงที่ คือ กำลังของกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงอยู่ในเกรด 0 - 2 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 4 ปีไปแล้วนั้นจะมีจำนวนน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 8 ปี จะมีจำนวนน้อยลงมาก (ร้อยละ 10.64) ซึ่งสันนิษฐานว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจหายจากโรคจนช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น จึงไม่เข้ามาเป็นกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับลักษณะผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.30) ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคของนิพนธ์ (2544) และการศึกษาของสไตน์แมน และคณะ (Stineman, et al., 1997) ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2536) สายนาท (2543) อารมณ์ และวัลภา (2541) และ อรศิลป์ (2542) ที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.00 - 59.70) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เป็นเพศหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในอดีตของจารึก (2544) เฟื่องลดา (2539) เพียงใจ (2540) และ สูดศิริ (2541) ซึ่งพบในเพศชายร้อยละ 60.00 - 66.67 และเพศหญิงร้อยละ 33.33 - 40.00 ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรสูงอายุ

ของไทยในปัจจุบันเป็นผู้หญิงร้อยละ 55 (สุทธิชัย, 2543) อีกทั้งอายุเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยในปี 2543 - 2545 อายุเฉลี่ยเพศชาย 68.15 ปี ในขณะที่เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 72.34 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70 - 90 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.60 และเพศชายร้อยละ 49.40 สำหรับสาเหตุความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ (ร้อยละ 75.08) และพบว่าแขนขาอ่อนแรงข้างขวาและข้างซ้ายมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.60 และร้อยละ 50.40 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคของนิพนธ์ (2544) และการศึกษาของสไตน์แมน และคณะ (Stineman, et al., 1997) ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดในผู้สูงอายุและส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมองตีบ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีอายุน้อยร่วมด้วย (35 ปี จำนวน 1 ราย และอายุ 36 - 50 ปี จำนวน 4 ราย)

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทั้งรายด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตาราง 4) โดยมีศักยภาพด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่ำที่สุด (ดังตาราง 5) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลนั้นมีปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแล และในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยที่ขัดขวางการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว ปัจจัยที่คาดว่าจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีดังนี้ คือ 1) วัยของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย 48.88 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่ได้มีพัฒนาการด้านวุฒิภาวะ ควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความรู้และประสบการณ์ ในการแก้ไขปัญหา (ทิพย์ภา, 2541) อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรซึ่งสังคมไทยจะปลูกฝังให้บุตรต้องตอบแทนพระคุณบิดาและมารดา โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยบุตรต้องให้การดูแล ดังนั้นบุตรส่วนใหญ่จะมีความผูกพันและเต็มใจให้การดูแล (จอม, 2540; นันทพร, 2545) 2) การสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ดูแลได้รับ โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลร้อยละ 74.47 3) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.92) ซึ่งมักจะมีความพร้อมในการดูแล (อรทัย, 2538) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงอยู่ในเกรด 0 - 2 ไม่มีปัญหาความจำเสื่อม การกลืนและหายใจลำบากร่วมด้วย จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ไม่ซับซ้อนมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอใส่ท่อทางเดินหายใจ ใส่สายให้อาหารทางจมูก หรือใส่สายสวนคาบัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นการดูแลที่จะต้องใช้ความจำ ใช้ทักษะพิเศษในการดูแล มีความละเอียดรอบคอบ ซึ่งถ้า

หากปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ ส่วนปัจจัยที่คาดว่าอาจขัดขวางการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก คือ การที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างต่อเนื่องด้วยระยะเวลาอันยาวนาน (เฉลี่ย 3.34 ปี) ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองได้ คือกำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในเกรด 0 - 2 อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม และอาจทำให้ประเมินการดูแลว่าไม่ได้ผล จึงละเลยต่อการเลือกวิธีการต่างๆเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งอาจถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คะแนนศักยภาพด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่ำที่สุด นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายอาจต้องมีการดูแลบุคคลอื่นๆในครอบครัว หรือต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวร่วมด้วย โดยพบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลบุตรและหลาน จำนวน 9 ราย ต้องดูแลบิดาหรือมารดาที่ป่วยอีกคนร่วมด้วย จำนวน 5 ราย และต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว จำนวน 94 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 28.4) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 14.9) และ ค้าขายอยู่กับบ้าน (ร้อยละ 12.8) ตามลำดับ ดังนั้นจึงอาจทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้คะแนนศักยภาพการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าการศึกษาของจอม (2540) ที่ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ความสามารถของญาติอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของอรศิณี (2542) ที่ศึกษาการปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์พบว่า ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูงในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสถานการณ์ที่บ้านผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน พบอุปสรรคมากมายในการดูแล เช่น มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การขาดทุนด้านการเงินและมีหนี้สิน ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพทรุดโทรม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เป็นต้น (นันทพร, 2545) จึงอาจส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ ดังที่พบในการศึกษาคั้งนี้

อำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จากการศึกษาคั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลและอายุของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 7 ($R^2 = .07$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรที่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ดีที่สุดคือ ระยะเวลาในการดูแล (ร้อยละ 3.70) รองลงมาคือ อายุของผู้ดูแล จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้คั้งนี้

ระยะเวลาในการดูแล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19$, $p < .05$) และสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 3.70 สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อศักยภาพในการดูแล โดยระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกลดต่ำลง อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 15 ปี เฉลี่ย 3.34 ปี ($SD = 3.45$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 4 ปี (ร้อยละ 72.34) โดยเป็นผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป - 4 ปี จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.01) รองลงมาคือผู้ที่มีระยะเวลาในการดูแล 2 สัปดาห์ - 1 ปี (ร้อยละ 33.33) และเมื่อพิจารณาคะแนนศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ดูแลที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 1 ปี มีคะแนนศักยภาพในการดูแลสูงที่สุด (เฉลี่ย 4.92 คะแนน $SD = .56$) รองลงมาคือช่วงระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป - 4 ปี (เฉลี่ย 4.86 คะแนน $SD = .57$) และ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย 8 ปีขึ้นไป - 15 ปี มีคะแนนศักยภาพต่ำที่สุด (เฉลี่ย 4.58 คะแนน $SD = .78$) อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกช่วง 2 สัปดาห์ - 1 ปี นั้นเป็นช่วงที่มีความหวังว่าการฟื้นฟูสภาพของร่างกายผู้ป่วยจะดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลจะใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการทำกายภาพบำบัด การนวด และการรับประทานยาสมุนไพร เป็นต้น (นันทพร, 2545) แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานกว่า 1 ปี และการฟื้นฟูสภาพของร่างกายผู้ป่วยน้อยลงหรือคงที่ (กำลังของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงอยู่ในเกรด 0 - 2) เป็นผลให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ และบางรายหมดเงินไปกับการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมากมาย จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเบื่อหน่าย รู้สึกว่าพยายามอย่างเต็มที่แล้วผู้ป่วยก็ไม่ดีขึ้น (นันทพร, 2545) นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก แม้ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ในการดูแลและมีความชำนาญในการปฏิบัติกรดูแลก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลดังกล่าวต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วยระยะเวลาอันยาวนานไม่อาจทราบวันสิ้นสุด ไม่สามารถเห็นผลการดูแลในระยะเวลาอันสั้น โดยเฉพาะกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จากการศึกษาของสุดศิริ (2541) ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (transition period) พบว่าการดูแลฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อของแขนขาอ่อนแรงให้สามารถทำงานเช่นเดิม และการเข้าใจจิตใจอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นการดูแลที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้นการที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินการดูแลว่าไม่ได้ผล เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล (เพียงใจ, 2540; วิมลรัตน์, 2537;

Burk & Walsh, 1992; Scott-Bear, 1993) จากสภาวะการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวของผู้ดูแลลดลงได้เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ (2540) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กธาลัสซีเมีย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอัจฉริยา (2534) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส ทั้งนี้เพราะการดูแลเด็กโรคดังกล่าวผู้ดูแลคือบิดามารดาซึ่งมักจะพยายามพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างเต็มที่ และผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวมักจะได้รับความรู้จากพยาบาลและแพทย์ ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนขณะที่นำบุตรมารับเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังมีสื่อทางวิดีโอ มีเอกสารให้คำแนะนำในการดูแล ทำให้บิดามารดาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีการสะสมประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน ส่งผลทำให้บิดามารดาที่มีความสามารถในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลายาวนานขึ้น และการศึกษาของอรทัย (2538) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษาขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมาตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้นผู้ดูแลจะทราบความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน จากการที่มีโอกาสซักถามบุคลากรทางการแพทย์ และได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน

อายุของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) และสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกร่วมกับระยะเวลาในการดูแลได้ร้อยละ 7 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่อายุมากจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะระดับพัฒนาการของบุคคลจะแตกต่างกันตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1995) อายุมากขึ้นจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากขึ้น การตัดสินใจ ทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มในการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า (ชูชื่น, 2541) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ดีกว่าที่มีอายุน้อย และอีกนัยหนึ่งคือในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนสูง การรอคอย และการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ต่างๆเพื่อการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีวุฒิภาวะที่เหมาะสมนั้นคือต้องอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม (2539) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับความสามารถในการดูแล และการศึกษาของอัจฉริยา (2534) ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล และอายุสามารถทำนายความสามารถในการดูแลได้ ร้อยละ 4 ($p < .05$) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้สามารถสนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่าปัจจัยพื้นฐานด้านอายุมีผลต่อศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จึงไม่สามารถทำนายศักยภาพดังกล่าวได้ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.05) และผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อแขนหรือขาข้างที่เป็นอัมพาตอยู่ในเกรด 0 - 2 ไม่มีปัญหาความจำเสื่อม การกลืนและหายใจลำบากร่วมด้วย กิจกรรมการดูแล เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้าย การช่วยในการกายภาพบำบัด การดูแลให้พักผ่อน เป็นต้น จึงเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก ไม่ต้องใช้ทักษะพิเศษหรือความประณีตมาก อีกทั้งไม่ว่าผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่รักที่ต้องพึ่งพิงสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะต้องปรับตัวกับบทบาทการดูแล ซึ่งอาจได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ การศึกษาหาข้อมูลด้วยตนเอง หรือการเรียนรู้จากพยาบาล และเจ้าหน้าที่ขณะที่ผู้ป่วยยังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (จอม, 2540) จึงทำให้คะแนนศักยภาพในการดูแลของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันไม่มากนัก (เพศหญิงเฉลี่ย = 4.83 คะแนน SD = .58 และเพศชายเฉลี่ย = 4.79 คะแนน SD = .60) แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง อาจเนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่เพศหญิงจะถูกหล่อหลอมให้ทำหน้าที่ในการดูแล (จอม, 2540; ยูพาฟิน, 2539; Schott - Baer, 1993; Walker, et al., 1995) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศชายมารับหน้าที่ในการดูแลมีจำนวนมากขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา (จอม, 2540; จาริก, 2544; จินตนา, 2540; สุริรัตน์, 2541; สดศิริ, 2541) อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนไป คือ เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อีกทั้งบทบาทของเพศหญิงเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยอยู่กับบ้าน คอยดูแลบ้าน กลับต้องมาช่วยเพศชายทำงานมากขึ้น (จันจักษ์ และคณะ, 2543; มนนิภา, 2545) จึงส่งผลให้ทั้ง

เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสทำงานนอกบ้านเท่าเทียมกัน ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ต้องให้การดูแล เพศชายจึงมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นผู้ดูแลมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 9.22 เป็นสามีที่ดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าวร่วมด้วย

ระยะเวลาในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกและไม่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ ตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงประถมศึกษา (ร้อยละ 50.35) ในจำนวนดังกล่าวมีผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 43.26 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการศึกษาต่างกันพบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนศักยภาพในการดูแลเท่ากับผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมปลาย ถึงระดับปริญญาตรี (เฉลี่ย = 4.86 คะแนน SD = .60, .49 ตามลำดับ) ส่วนผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนศักยภาพในการดูแลต่ำที่สุด (เฉลี่ย = 4.71 คะแนน SD = .61) จากคะแนนดังกล่าวจะเห็นว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อาจเนื่องจากลักษณะการศึกษาในระบบโรงเรียนเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคนให้สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีความรู้ คุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542) ส่วนศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งเป็นคุณสมบัติติดตัวมนุษย์ทุกคนมาแต่เกิด (ศรีเรือน, 2540) การเรียนรู้ถือเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในขณะที่บุคคลยังมีชีวิตอยู่ โดยอาศัยประสบการณ์ในชีวิต และจะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าสิ่งที่เรียนรู้มีความสำคัญสำหรับบุคคลนั้น (กันยา, 2544) ดังนั้นจะเห็นว่าถ้าผู้ดูแลมีองค์ประกอบของความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะสามารถเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เช่น ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ ความจำ ความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล ความตั้งใจ ความห่วงใย ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง และผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีพลังความสามารถในตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสนใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ความสามารถในการแสวงหาความรู้ มีทักษะในการตัดสินใจ แรงจูงใจในการดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น รวมทั้งยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เช่น การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ จะเห็นว่า

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมีโครงสร้างที่ซับซ้อน โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Orem, 2001) ที่ไม่อาจสามารถพัฒนาขึ้นโดยการศึกษาในระบบโรงเรียนเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งอาจถือว่าการดูแลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลที่ไม่อาจทราบวันสิ้นสุดได้ และกิจกรรมที่ปฏิบัติจะเหมือนกันทุกๆวันจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การฟื้นฟูสภาพ การจัดหาและให้อาหาร การพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจึงต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี (เฉลิมพล, 2541) แรงจูงใจดังกล่าวได้แก่ ความรัก และความห่วงใยในตัวผู้ป่วย เป็นต้น จากการศึกษาของสุคติศรี (2541) พบว่าไม่ว่าผู้ดูแลจะเข้ามารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม (เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล เพราะสนิทกับผู้ป่วย ตอบแทนความดี หรือสามารถหยุดงานมาดูแลได้ เป็นต้น) ด้วยพื้นฐานแห่งความรักและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งความสัมพันธ์ใกล้ชิดและสายใยที่มีต่อกัน ผู้ดูแลทุกคนยินดีเสียสละชีวิตที่เป็นอิสระเพื่อมาดูแลผู้ป่วย จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้นถ้าผู้ดูแลมีแรงจูงใจก็จะสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ เพราะกิจกรรมในการดูแลอาจเรียนรู้มาจากพยาบาลหรือทีมสุขภาพ หรืออาจเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการแสวงหาข้อมูล การสังเกตวิธีปฏิบัติ และการทดลองปฏิบัติในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล (จอม, 2540) แม้ว่าเป็นการเรียนรู้อันในช่วงระยะเวลาสั้นๆขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และสามารถปรับการดูแลให้เป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ในเกรด 0 - 2 ไม่มีปัญหาความจำเสื่อม การกลืนและหายใจลำบากร่วมด้วย เป็นกิจกรรมที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากนัก การดูแลดังกล่าวจึงอาจไม่จำเป็นต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญาที่ซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยพื้นฐานการเรียนรู้ที่ได้พัฒนามาจากระบบการศึกษา จึงพบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม (2539) ที่พบว่าการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ แต่การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของมณี (2539) วรวรรณ (2540) สกาวรัตน์ (2538) อัจฉริยา (2534) อรทัย (2538) และ ฟารีดา (2539) ซึ่งพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มากขึ้น นอกจากนี้การศึกษารุ่นนี้ยังไม่สนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 1995) แม้ว่าโอเรียมจะกล่าวว่าการศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงาม มีความรู้

มีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีต่างๆ มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา และยังช่วยบุคคลให้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแล

การสนับสนุนจากครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และไม่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัวช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแล เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การอาบน้ำ และช่วยดูแลแทนในบางครั้งเมื่อมีกิจธุระ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 74.47 ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างของศักยภาพในกลุ่มผู้ได้รับการสนับสนุนและไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกดังกล่าวมีความต้องการการดูแลตนเองที่ไม่ซับซ้อนมากนัก ดังได้กล่าวมาแล้ว ประกอบกับผู้ดูแลหลักเมื่อรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยก็จะพยายามเรียนรู้วิถีปฏิบัติเพื่อการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ และเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การสังเกตวิธีปฏิบัติ และการทดลองปฏิบัติในการดูแล หรือบางคนอาจเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (จอม, 2540) แม้ว่าเป็นการเรียนรู้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านอาจเกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลที่ถาวรได้ ดังนั้นแม้ว่าจะมีผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ แต่ในกิจกรรมหลักๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก็ยังคงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเช่นเดิม ดังนั้นแม้ว่าผู้ดูแลจะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลหรือไม่ก็ตามศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกก็ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสายพิณและคณะ (2537) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีใครช่วยดูแล จึงทำให้ภรรยาต้องรับภาระหนัก อันเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษาดังกล่าวอยู่ในวัยสูงอายุ แม้จะประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรง แต่ร้อยละ 50.59 มีโรคประจำตัว และร้อยละ 76.92 มีความเจ็บป่วยในระหว่างการดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และไม่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.92) และในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้นต้องใช้ระยะเวลายาวนาน โดยต้องมีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมายจากครอบครัวส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (จอม, 2540; อรศิลป์, 2542) จากการศึกษาของ นันทพร (2545) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพยายามดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย หรือเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าเป็นห่วงผู้ป่วยกลัวไม่มีใครดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าการมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวของผู้ดูแลไม่ทำให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกแตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป การศึกษาครั้งนี้พบว่า ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพแต่ละด้านพบว่า ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลและอายุ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 7 ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของ ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ ดังนั้นผลการศึกษานี้ช่วยให้เกิดความชัดเจนใน ข้อเสนอของโอเร็ม และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานบางตัวที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก