



ปัจจัยทำนายนายการะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ปัญญาพร เพชรเอื้อง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

ของ ปัญญาพร เพชรเอื้อง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัทรียา รัตนวิมล)

อนุมัติ

()

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัย	ปัญญาพร เพชรเอื้อง
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัย นเรศวร, 2566
คำสำคัญ	ปัจจัยทำนาย, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะการดูแล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบคัดกรองอาสาสมัคร แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรปัจจัยสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($\beta = -0.581, p < .05$) และ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.189, p < .05$) โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.80 ($R^2 = 0.398, p < .05$) ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อลดหรือป้องกันภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

Title	FACTORS PREDICTING THE BURDEN ON CAREGIVER OF STROKE PATIENTS
Author	Punyaporn Phet-ueang
Advisor	Associate Professor Dr. Duangporn Piyakong
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
Keywords	burden, Caregiver, Factors predicting, Stroke patients

ABSTRACT

This predictive research aimed to study the factors predicting burden among caregivers of stroke patients; basic demographic and social variables, including economic status and duration of caregiving, stressors factor which was the patient's ability to perform daily activities, and mediator factor which was social support. The study was conducted on 100 caregivers of stroke patients followed up at the outpatient department. The research tools utilized in this study comprised the screening questionnaire for volunteers, the demographic questionnaire, the social support questionnaire, and the burden questionnaire for caregivers of stroke patients. Data analysis was conducted employing statistical methods including frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the significant predicting caregiver burden included the patient's ability to perform daily activities ($\beta = -0.581$, $p < .05$) and social support ($\beta = -0.189$, $p < .05$). The percentage of total variance explained by these factors among caregivers was 39.80 ($R^2 = 0.398$, $p < .05$). The findings can provide important information to develop a nursing model to reduce or prevent burden among caregivers of stroke patients to increase the efficiency of caring for caregivers of stroke patients.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์นำไปปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและฝ่ายบริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีมาตลอด จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ปัญญาพร เพชรเอื้อง

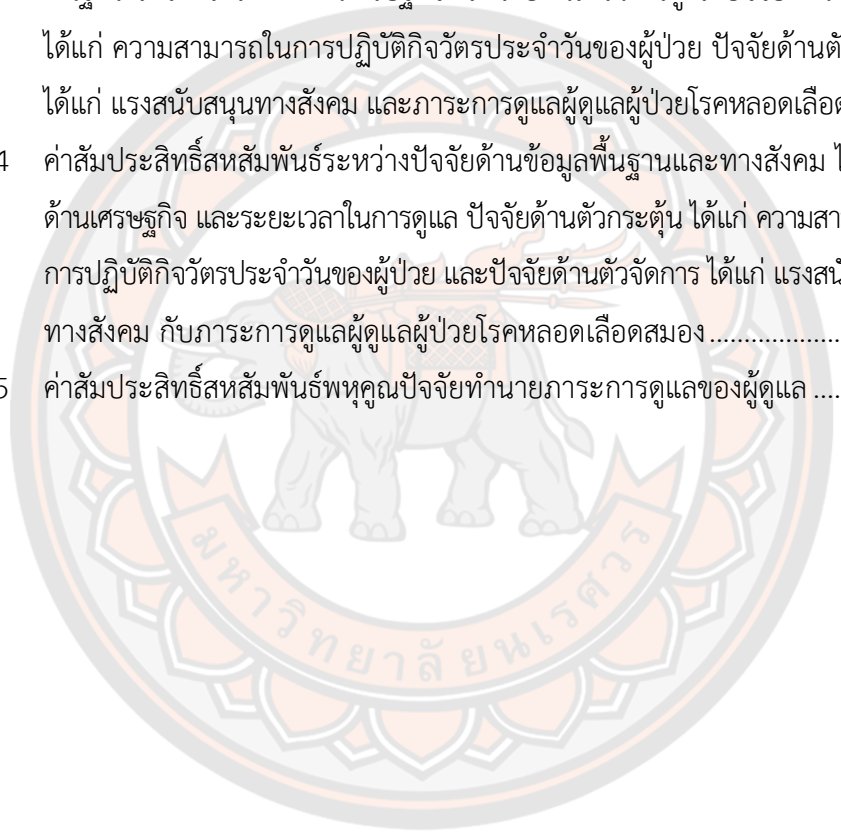
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศศุภณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคหลอดเลือดสมอง.....	11
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
ภาระการดูแลของผู้ดูแล.....	20
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาระการดูแล.....	24
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	26
สถานที่.....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย	30
การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างวิจัย	31
การรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิจัย	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	35
ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร	37
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระการดูแลผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	37
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน ทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	39
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	41
สรุปผลการวิจัย	42
อภิปรายผลการวิจัย	42
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	47
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	47
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	55
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรม	65
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย	68
ประวัติผู้วิจัย	69

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 35
ตาราง 2	จำนวน ร้อยละ ของระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 36
ตาราง 3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 37
ตาราง 4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 38
ตาราง 5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล 39



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง อาจเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด จึงทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้าปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด หากมีอาการรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO, 2019) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน มีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และมีอัตราการเสียชีวิตกว่า 5.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.1 สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง, 2561) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน (Ischemic stroke) ประมาณร้อยละ 80 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ประมาณร้อยละ 20 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2557, 2558, 2559, 2560, 2561 และปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 228,836 ราย, 247,884 ราย, 293,463 ราย, 304,807 ราย, 331,086 ราย และ 645,000 ราย ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากรแสนคน ปี 2557 – 2561 เท่ากับร้อยละ 52.7, 52.0, 50.8, 50.4, 50.9 และ 53.0 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต มักมีปัญหากลืนลำบากเนื่องจากการอ่อนแรงของข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายและยังพบปัญหาเกี่ยวกับการพูด การคิด หรือการกลืน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการกลืนร้อยละ 60 – 70 ต่อประชากรแสนคน ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ต่อประชากรแสนคน ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา (WSO, 2019) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตในหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัญหาในการเดินจากการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ทำให้เสี่ยงต่อการล้ม (ศิริสุตา พลที และคณะ, 2561) ปัญหาการกลืนลำบาก ส่งผลให้เกิดปัญหาการสำลัก ที่ทำให้เกิดปอดอักเสบหรือหลอดลมอุดตัน หายใจไม่ออก หายใจขัด ไอขณะกลืนอาหาร เป็นอันตรายต่อชีวิต (พิมลรัตน์ กมลธรรม, 2557) ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จากกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลง (ธิปกา ตรีเดชาวงษ์, 2557) และปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากการที่

ไม่สามารถทำกิจวัตรหรือช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจและมีภาวะซึมเศร้า (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือ จึงต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอันตรายจากปัญหาอัมพาตหรือความพิการ รวมทั้งการดูแลฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองบางคนมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน (นิรชา ภูวนารักษ์, 2563) ซึ่งระดับการดูแลและระยะเวลาในการดูแล ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (วิมลพร ศรีโชติ, 2562) และจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาทการรับรู้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาต้องได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่อย่างมากจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือชุมชน ในการช่วยกิจวัตรประจำวัน (ณัฐกร นิลเนตร, 2562)

ผู้ดูแล จึงเป็นบุคคลที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้าน ผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลักษณะเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติก็ได้ แต่ส่วนใหญ่ในระบบครอบครัวไทยเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยมักจะดูแลกันเองถึงร้อยละ 95.5 และผู้ดูแลมักเป็นญาติของผู้ป่วย โดยอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หลาน ญาติของผู้ป่วย โดยมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยา การส่งเสริมฟื้นฟูร่างกาย และการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพ (อุไรวรรณ ทองอร่าม, 2562) ากปัญหาความพิการทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจต้องประสบปัญหากับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (นันทกาญจน์ ปักษี, ทิภูฏี ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว, 2564) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพใจ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) ผู้ดูแลมักประสบปัญหามากมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จนก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดูแลเอง โดยพบว่าผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพร่างกาย และร้อยละ 49.1 มีปัญหาทางจิตใจ อันเป็นผลมาจากภาระและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นที่ต้องดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ดูแล (Long et al., 2019) นอกจากนี้ยังกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพเหมือนที่เคยทำ และไม่มีเวลาเข้าสังคมจากการใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึงวันละประมาณ 14-18 ชั่วโมง (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559) และยังทำให้รายได้ในครอบครัวลดลง และมีภาระหนี้สินจากการดูแล (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) และหากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนก็จะเพิ่มขึ้น (นิรชา ภูวนารักษ์, 2563) หากผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่เรียกว่าภาระจากการดูแลได้ (Caregiving burden)

เพอร์ริน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ให้ความหมายของภาระการดูแล ว่าเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ที่ส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ การเงิน และความผาสุกของ

ผู้ดูแล นอกจากนี้ยังอธิบายว่า ภาวะในการดูแลเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม (Basic demographic and social variables) ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น (Stressors) และปัจจัยด้านตัวจัดการ (Mediator) โดยปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม คือข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ การทำงาน เศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล ส่วนปัจจัยด้านตัวกระตุ้น คือ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านตัวจัดการ เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Pearlin et al., 1990) ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน หรือการจัดการด้านสุขภาพผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพ การดูแลเรื่องยาให้ผู้ป่วย และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ติดตามอาการ เป็นต้น ผู้ดูแลจะเกิดความเครียด ทำให้รู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งหากขาดความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ (กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตธานุญา, และกิริตา ไกรนุวัตร, 2558)

มีการศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ตัวแปรด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (วิลโล่ คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ, 2561) โดยผลการศึกษาของนิรชา ภูวนารักษ์ (2563) พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ เศรษฐกิจ ($p < .01$) ส่วนอายุ เพศ การทำงาน และระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ($p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลโล่ คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ (2561) พบว่า เพศ อายุ และการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ($p > .05$) ส่วนผลการวิจัยของ ฮันห์ (Hanh, 2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเวียดนาม พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) ส่วนผลการวิจัยของวิลโล่ คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ (2561) พบว่า ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ($p > .05$)

ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากที่สุด ทำให้เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ฟิ้นฟู และจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยการศึกษาของนิรชา ภูวนารักษ์ (2563) และการศึกษาของธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ (2558) พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) นอกจากนี้การศึกษาของ โอกันละนาและคณะ (Ogunlana et al., 2014) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับปัจจัยด้านตัวจัดการที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลนั้น ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล ดังการศึกษาของอาโกโซล์และคณะ (Akosile et al., 2018) ศึกษาภาวะการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไนจีเรีย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.295, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮันห์ (Hanh, 2016) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.57, p < .01$)

จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของเพอรินและคณะ (Pearlin et al., 1990) สรุปได้ว่าปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ส่วนปัจจัยด้านตัวกระตุ้นที่สัมพันธ์กับภาวะการดูแล คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการที่สัมพันธ์กับภาวะการดูแล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม

แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจทำนายของตัวแปรดังกล่าวต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพบแต่การศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะการดูแลของเพอรินและคณะ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อหาความสัมพันธ์และหาอำนาจทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความรู้สึภาวะการดูแลหรือป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึภาวะการดูแลที่รุนแรง การทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ตลอดจนพยาบาลยังอาจวางแผนการดูแลผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้ดูแล เพื่อช่วยลดความรู้สึภาวะการดูแล และการปรับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพื่อค้นหาอำนาจทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาอำนาจทำนายภาวะการดูแล จากปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 100 ราย ที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจที่แผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งจัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เคยเข้ารับการรักษา โดยเป็นการรับรู้ความรู้สึกเครียดและเหนื่อยล้าต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงและให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะการดูแลของ Zarit Burden Interview ซึ่งแปลโดย อรรวรรณ แผนคง (2547)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมีปัญหาด้านการทำกิจวัตรประจำวัน จากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท การรับรู้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยกิจวัตรประจำวัน โดยต้องมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อย ซึ่งประเมินจากแบบประเมิน Barthel Index 100 ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 70 คะแนน

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้าน โดยเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในลักษณะเป็นญาติ อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง ลูก หลาน ของผู้ป่วย ไม่ใช่อาสาสมัครหรือผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างจากครอบครัวผู้ป่วยหรือรับการจ้างจากบริษัทธุรกิจด้านการดูแล โดยมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมฟื้นฟูร่างกาย และการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 6 ชม. ต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

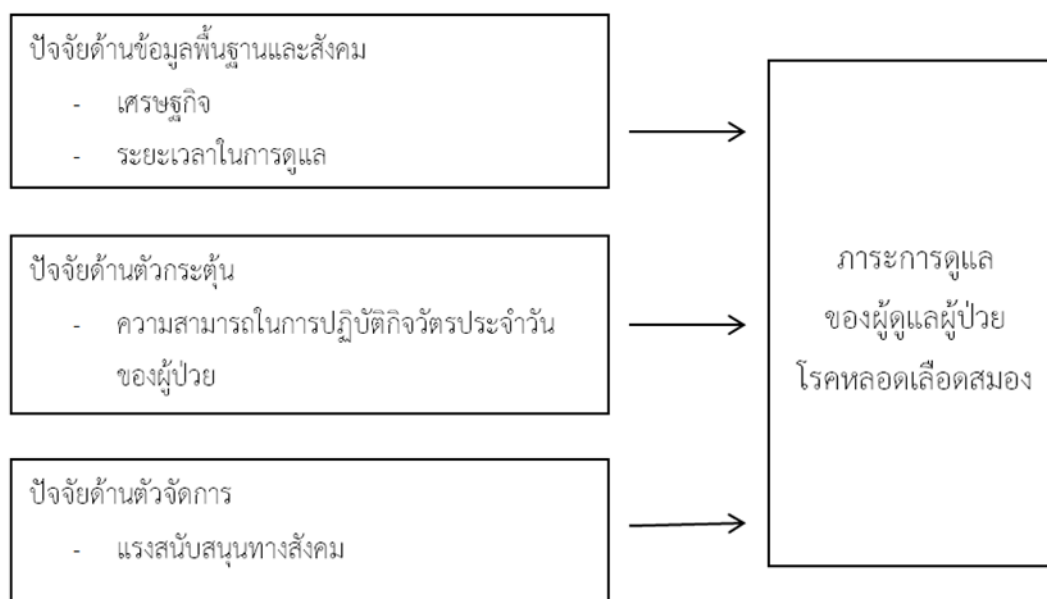
4. ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม หมายถึง ข้อมูลเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ทั้งนี้เศรษฐกิจ หมายถึง ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการดูแลกิจวัตรประจำวัน และค่าใช้จ่ายการจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เช่น ค่าฟื้นฟูสภาพ ค่ายา และค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลรับผิดชอบเองหรือจากการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่วนระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นชั่วโมง/วัน ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริม ฟื้นฟู และการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การพาไปตรวจตามแพทย์นัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยให้การดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 ชม.ต่อวัน

5. ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเดิน การลุกนั่งจากเก้าอี้หรือที่นอน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทั้งนี้ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index 100. ของ Dorothea (1965) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550)

6. ปัจจัยด้านตัวจัดการ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม ในที่นี้คือ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพญาติ หรือ เพื่อน เป็นต้น เกี่ยวกับข้อมูล การประคับประคองจิตใจ การดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ การจัดการภายในบ้าน การเงิน สิ่งของ และการพักผ่อน โดยประเมินจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของรศศุคุณธ์ เจืออุปถัมภ์ (2553)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Pearlin et al. (1990) ที่อธิบายปัจจัยการเกิดภาวะการดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อหาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในแผนตามภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาในเชิงนโยบายและการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เพื่อลดความรู้สึกการเกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ประเภทและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน
 - 1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้
 - 1.3.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4.1 การซักประวัติและการตรวจร่างกาย
 - 1.4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 1.4.3 การวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
 - 1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5.1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน
 - 1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด
 - 2) การให้ยาต้านเกร็ดเลือด
 - 3) การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
 - 4) การรักษาภาวะสมองบวม
 - 5) การลดการคั่งภายในช่องสมอง
 - 6) การรักษาโดยการผ่าตัด
 - 1.5.2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก
 - 1) การรักษาความดันโลหิตสูง
 - 2) การผ่าตัด
 - 3) การใส่ท่อระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง

1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

1.6.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตสังคม
- 3) ด้านการรับรู้

1.6.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแล

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจและอารมณ์
- 3) ด้านสังคม
- 4) ด้านเศรษฐกิจ

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke caregivers)

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2 ประเภทของการให้การดูแล

- 2.2.1 การให้การดูแลแบบเป็นทางการ
- 2.2.2 การให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน
- 2.3.2 การดูแลประคับประคองจิตใจและอารมณ์
- 2.3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
- 2.3.4 การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. ภาระการดูแลของผู้ดูแล (Caregiver burden)

3.1 ความหมายของภาระการดูแล

3.2 การรับรู้ภาระการดูแลตามแนวคิดของ Pearlin

- 3.2.1 ปัจจัยพื้นฐานและทางสังคม
- 3.2.2 ปัจจัยตัวกระตุ้น
- 3.2.3 ปัจจัยตัวจัดการ
- 3.2.4 การรับรู้ภาระการดูแล

3.3 ผลกระทบของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 3.3.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ
- 3.3.2 ผลกระทบด้านอารมณ์
- 3.3.3 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

3.3.4 ผลกระทบด้านร่างกาย

3.3.5 ผลกระทบด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการดูแล

4.1 เศรษฐกิจ

4.2 ระยะเวลาในการดูแล

4.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

โรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเภทและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง รวมถึงสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่าง ๆ (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) โดยโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (World Health Organization, 2020)

1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงที่สมองมีการอุดตันหรือตีบแคบทำให้มีการไหลเวียนลดลง จนทำให้เนื้อสมองเกิดการขาดเลือดและตาย (Cerebral infarction) (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทที่เป็นอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด หรือหลังตื่นนอน (นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2558) ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาชาครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก ฟังไม่เข้าใจ ตามองเห็นภาพไม่ มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ ปวดหัวรุนแรงอย่างเฉียบพลัน เวียนหัว บ้านหมุน เป็นต้น

1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากการที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงที่สมอง ทำให้เกิดเลือดออกในเนื้อสมอง (Cerebral Hemorrhage) (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) โดยมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวหรือการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป คอแข็งเกร็ง อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiplegia), อาการชัก (Seizure), อาการเดินเซ เป็นต้น

2. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

ในสภาวะปกติสมองจะได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงในปริมาณที่เพียงพออย่างสม่ำเสมอ โดยจะได้รับเลือดไปเลี้ยงในปริมาณ 750 มล. ต่อนาที และมีความต้องการใช้ออกซิเจนถึงร้อยละ 20 ของปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ทั้งหมด และใช้พลังงานประมาณ 400 กิโลแคลอรีต่อวัน (อริศรา จานสิบสี, 2566) สมองจะได้รับเลือดจากหลอดเลือดคอโรติค อาร์เทอร์รี่ (carotid arteries) และหลอดเลือดเวอร์ทีบรอล อาร์เทอร์รี่ (vertebral arteries) โดยเลือดแดงจะไหลผ่านหลอดเลือดอินเทอร์นอล คาร์โรติค อาร์เทอร์รี่ (internal carotid artery) ไปยังสมอง และออกทางหลอดเลือดดำที่คอ (jugular vein) โดยเลือดจะนำเอาออกซิเจนและกลูโคสไปเลี้ยงสมอง โดยที่ปริมาณการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองจะมีค่าคงที่อยู่เสมอ เนื่องจากหลอดเลือดในสมองมีการปรับตัวเพื่อรักษาปริมาณเลือดให้มาเลี้ยงสมองให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา (autoregulation) ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของหลอดเลือดสมอง จะมีประสิทธิภาพในการคงปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเมื่อความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงอยู่ในช่วงระหว่าง 50-150 มม.ปรอท (สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

ถ้าสมองได้รับเลือดลดลงเหลือประมาณ 25 มล./สมอง 100 กรัม/นาที จะทำให้คลื่นไฟฟ้าสมองลดลง และถ้าลดลงหรือประมาณ 18-20 มล./สมอง 100 กรัม/ นาที จะทำให้สมองถูกทำลายจากการขาดเลือด และถ้าลดลงต่ำกว่า 10 มล./สมอง 100กรัม/นาที ทำให้เยื่อหุ้มเซลล์สูญเสียหน้าที่ เกิดกระบวนการทำลายเซลล์ประสาท (ischemic cascade) สมองจะถูกทำลายจน ไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรัณยา โมสิตะมงคล, 2560) กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง คือ เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในร่างกาย สมองจะทำการปรับตัวโดยการเพิ่มการหมุนเวียนเลือดแบบใหม่รอบบริเวณที่ถูกทำลาย (collateral circulation) เพื่อรักษาระดับของเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองให้คงที่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่ไม่มีแหล่งสำรองของกลูโคส และทนต่อภาวะพร่องออกซิเจนได้ไม่เกิน 7 นาที (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) เมื่อสมองไม่สามารถรักษาระดับของเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้ จะเข้าสู่กระบวนการเสื่อมสลายของเซลล์อย่างถาวร (irreversible cell damage) เกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) ส่งผลให้เกิดภาวะที่เนื้อเยื่อในร่างกายมีความเป็นกรดมากกว่าปกติ (tissue acidosis) (อริศรา จานสิบสี, 2566) และเมื่อปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 10 มล./สมอง 100 กรัม/นาที จะทำให้โปรตอนปั๊ม (proton pump) ที่เยื่อหุ้มเซลล์สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้แคลเซียม (Ca²⁺) ไหลเข้าสู่เซลล์ กระตุ้นให้เกิดกระบวนการทำลายเซลล์ประสาท ส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท (neuronal cell death) และสมองบวม (brain edema) จนไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรัณยา โมสิตะมงคล, 2560)

ส่วนกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเมื่อมีการแตกของหลอดเลือดสมอง คือเมื่อเกิดการแตก ของหลอดเลือดสมองจะเกิดก้อนเลือดไปกินที่ในเนื้อสมอง ทำให้เกิดรอยโรคแบบกินที่ (destructive space occupying lesion) ทำลายเนื้อสมอง ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของ สมอง (neurological deficit) และเกิดการกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง (displacement effect or mass effect) (พิราลักษณ์ ลากหลาย, 2562) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา 3 ประการไปพร้อม ๆ กัน คือ 1) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง การอุดตันของการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (obstructive hydrocephalus) โดยจะไปอุดโพรงสมอง (ventricle) ข้างเคียง ทำให้น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังระบายไม่สะดวก เกิดการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง ส่งผลให้โพรงสมองโป่งออก (ปภัสสร มุกดาประวัตติ, 2563) 2) สมองบวม (brain edema) (วิไล สุรสาคร, 2565) 3) ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (increase intracranial pressure) ซึ่งเกิดจากมีก้อนเลือดไปกดเบียดพื้นที่ในกะโหลกศีรษะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น โดยในระยะแรก ร่างกายจะปรับตัวโดยก้อนเลือดจะดันน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังเข้าสู่ช่องใต้เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (lumbar subarachnoid space) หากยังไม่สามารถลดความดันที่สูงขึ้นมาได้ความดันนั้นจะกดหลอดเลือดแดงในสมอง (cerebral artery) ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (วิไล สุรสาคร, 2565) ส่งผลให้เกิดกระบวนการทำลายเซลล์ประสาทสมอง (cerebral ischemic cascade) ตามมา ทำให้สมองบวม นอกจากนี้ความดันที่สูงยังกดหลอดเลือดดำในสมอง (cerebral vein) ทำให้เกิดการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำ (venous congestion) สมองที่บวมยิ่งบวมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจนถึงขั้นหมดสติและเสียชีวิตได้ (พิราลักษณ์ ลากหลาย, 2562)

3. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ (พรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560)

3.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น อายุ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น ส่วนเพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ด้านประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุยังน้อย เป็นต้น

3.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถ ปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการเข้ายา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ

4. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้ (พรรณวลัย ผดุงวิชัยกุล, 2560)

4.1 การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา การเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวอาการความผิดปกติทางสมองทั้งในอดีตและปัจจุบัน เวลาที่เริ่มเกิดอาการและอาการที่เกิดร่วม รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจร่างกายทางระบบประสาท การตรวจหัวใจเพื่อหาความผิดปกติเช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต การตรวจหาเสียงฟู่ ๆ บริเวณหลอดเลือดใหญ่ที่คอ (carotid bruits) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (echocardiogram) สิ่งที่ได้จากการซักประวัติตรวจร่างกาย เช่น อาการปวด ศีรษะอาเจียน มึนตึ๊ง และชัก เป็นอาการที่ช่วยแยกชนิดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดต่าง ๆ ได้

4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดต่าง ๆ เพื่อหาภาวะการแข็งตัวของเลือดมากผิดปกติ (hypercoagulable state) โรคภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune disease) เป็นต้น

4.3 การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography: CT) การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ซึ่งการตรวจดังกล่าวจะแสดงให้เห็นตำแหน่งของรอยโรค สามารถบอกได้ว่ารอยโรคนั้นเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่และเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดใด

5. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เป้าหมายของการรักษา คือ ทำให้เลือดไหลเวียนปกติ โดยมีหลายวิธี ดังนี้

5.1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) ทางหลอดเลือดถือเป็นมาตรฐานการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน โดยจะต้องให้ยา ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ (กรรณิการ์ รักษ์พงษ์สิริ, 2565)

5.1.2 การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน (พรภัทร ธรรมสโรช, 2561)

5.1.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) การให้ยากลุ่มนี้มีจุดประสงค์ เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำ (สุกัญญา ชะแรมรัมย์ และคณะ, 2565)

5.1.4 การรักษาภาวะสมองบวม เนื่องจากเมื่อสมองขาดเลือด สมองมักจะบวม ซึ่งอาการบวม ของสมองบางครั้งอาจมีความรุนแรงมากจนทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain

herniation) การรักษาโดยการให้ยาสเตียรอยด์ (steroid) การให้แมนนิทอล (mannitol) เป็นต้น (ศุภาวีร์ ดิษแพร, 2564)

5.1.5 การรักษาโดยการลดการคั่งภายในช่องสมอง (hydrocephalus) การรักษาโดยการใส่ท่อเพื่อระบายน้ำออก (ventriculostomy) จะช่วยลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะได้ (ปภัศสร่า มุกดาประวัตติ, 2563)

5.1.6 การรักษาโดยการผ่าตัด ในกรณีที่มีสมองขาดเลือดบริเวณซีรีเบลลัม (cerebellum) และมีการบวมกีดกันสมอง และในผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง เพื่อลดการกดของสมอง (ปภัศสร่า มุกดาประวัตติ, 2563)

5.2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุม ปริมาณเลือดที่ออกด้วยการรักษาระดับความดันโลหิต ในกรณีที่เลือดออกมากแพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสียหายต่อสมองที่อาจเกิดขึ้น โดยมีวิธีการรักษา ดังนี้

5.2.1 การรักษาความดันโลหิตสูง (blood pressure management) โดยควบคุมค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย mean arterial pressure: MAP ให้น้อย 110 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท ในกรณีที่ไม่มีภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (สุภารัตน์ สิริประภาพล และสมคิด ปานประเสริฐ, 2565)

5.2.2 การผ่าตัด เปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออก (craniotomy to remove blood clot) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (พิชเชนทร์ ดวงทองพล, 2563)

5.2.3 การใส่ท่อระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (ventricular drainage) ในรายที่มีการอุดตันทางเดินน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังจากลิ่มเลือด หรือมีเลือดออก ในโพรงสมอง (ventricle) เป็นจำนวนมาก (พิชเชนทร์ ดวงทองพล, 2563)

6. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบตันและแตก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

6.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ที่พบได้มากที่สุด คือ ผลกระทบจากการบาดเจ็บของสมอง มักมีปัญหการอ่อนแรงของข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การคิด ส่วนใหญ่อัมพาตเกิดจากหลอดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง เนื่องจากมีการลดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง มีการขัดขวางการไหลเวียนจากก้อนเลือด ลิ่มเลือด หรือหลอดเลือดตีบแคบเกินไป เซลล์สมองของบริเวณนั้นจะตายจากการขาดออกซิเจน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีปัญหาความบกพร่องในการทำงานของแขนข้างอัมพาต สาเหตุจากการฟื้นตัวของแขนมักเกิดช้ากว่าการฟื้นตัวของขา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเคลื่อนไหวของแขนมีองค์ประกอบและความซับซ้อนของข้อต่อจำนวนมาก

(Kong & Lee, 2013) โดยผลกระทบจากอัมพาตหรือความพิการ คือ ปัญหาการทรงตัว ภาษา การรับรู้ความรู้สึก ความจำ ความคิด การกลืน อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึมเศร้า ซึ่งปัญหาจากอัมพาตหรือความพิการนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการทำงานและการดำรงชีวิตในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย (ณัฐกร นิลเนตร, 2562) ได้แก่

6.1.1 ด้านร่างกาย

การทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การรับรู้ความรู้สึกลดลง หรือผิดปกติต่อการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจึงมักเดินแบบไม่สมมาตร (Asymmetrical walking) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ความสามารถในการเดินโดยรวม และความปลอดภัยของการเดินและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเสี่ยงต่อการล้ม (Yates et al, 2002, อ้างถึงใน ศิริสุตา พลที และคณะ, 2561)

กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน มักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อและความสามารถในการสั่งการการเคลื่อนไหว อาจพบกล้ามเนื้อกระตุก ข้อติดแข็ง แผลจากการเสียดสี ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าและการดูแลความสะอาดสุขวิทยา (ธิปภา ตรีเดชาวงษ์, 2557)

อาการกลืนลำบาก ก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง เช่น การได้รับสารน้ำ และอาหารที่ไม่เพียงพอ ปัญหาการสำลักที่ทำให้เกิดปอดอักเสบหรือหลอดลมอุดกั้น หายใจไม่ออก หายใจขัด ไอขณะกลืนอาหาร เป็นอันตรายต่อชีวิต (พิมลรัตน์ กมลธรรม, 2557)

ปัญหาการขับถ่าย ได้แก่ การมีปัสสาวะคั่งค้าง การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การควบคุมการขับถ่าย ท้องผูก และการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ, และชุลีพร หิตอักษร, 2560)

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน จากปัญหาความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาทการรับรู้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยกิจวัตรประจำวัน (ณัฐกร นิลเนตร, 2562)

6.1.2 ด้านจิตสังคม ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรหรือช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ มีภาวะซึมเศร้า และแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

6.1.3 ด้านการรับรู้ ทำให้มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การได้ยิน การมองเห็น อาการหลงลืม การละลายส่วนของร่างกายและสภาพแวดล้อมครึ่งซีก ความบกพร่องในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้ (ธิปภา ตรีเดชาวงษ์, 2557)

จากพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายมีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ความพิการที่ต่างกัน มีความพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติได้ และการตอบสนองความต้องการของตนเอง หากความต้องการดังกล่าว

ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคปอดติดเชื้อ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พลัดตกหกล้ม เป็นต้น (เสาวลี นิจอภัย, 2560)

6.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแล

6.2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรม (Ain et al., 2014)

6.2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เกิดความรู้สึกท้อแท้ กัดดัน และเบื่อหน่ายจากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รบกวนสุขภาพจิต ยิ่งผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ยิ่งทำให้รู้สึกเครียดมากขึ้น (นันทกาญจน์ ปักซี, ทิณัฐ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว, 2564)

6.2.3 ด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลต้องปรับตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาพักผ่อน หรือทำกิจกรรมที่ต้องการได้ (เชิดชาย ชยวิฑู, 2559)

6.2.4 ด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ต้องปรับเวลาเพื่อมาทำหน้าที่ผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานหรืออาจจะต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่ (เชิดชาย ชยวิฑู, 2559)

จากจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นอย่างมากที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกวิธี เพราะถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดอาการผิดปกติก็ต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่มิเช่นนั้นอาจส่งผลอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ภาระงานในการดูแลจึงตกเป็นของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องเสียสละแรงกาย แรงใจ และเวลาอย่างมากในการดูแล จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย คือ สุขภาพกายและใจ ผลกระทบต่อการเข้าสังคมและการทำงานปกติของผู้ดูแล และปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแล (Caregiver) มักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามี ภรรยา หรือบุตร ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) จะมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพราะอาศัยอยู่ด้วยกัน การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีผลทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวในบทบาทเดิมของตนเอง กับบทบาทใหม่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และต้องทำทั้ง 2 บทบาทไปพร้อมกัน (บวรลักษณ์ ทองทวี, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2561) และจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยมีผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) เป็นผู้รับผิดชอบ (อรัญญา วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ชารี, 2562)

2. ประเภทของการให้การดูแล

การให้การดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การให้การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiving) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiving) (อพรพรรณ พุ่มณีโชติ, 2563)

2.1 การให้การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiving) การให้การดูแลแบบที่มีแผนและรูปแบบที่ชัดเจน เช่น การตรวจดูแลสุขภาพเบื้องต้น การทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วย การเปลี่ยนสายให้อาหาร เป็นต้น โดยผู้ให้การดูแลจะต้องผ่านการเรียนหรือฝึกอบรมเพื่อการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาล หรือ แพทย์ เป็นต้น จะเป็นรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อให้ได้รับการบริการนั้นมา โดยมากมักเป็นการให้บริการในส่วนที่ญาติผู้ให้การดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถเปลี่ยนสายให้อาหารให้ผู้ได้รับการดูแลได้ หรือกรณีที่ญาติผู้ให้การดูแลประจำต้องการจะพักเป็นระยะเวลาสั้น ๆ จะมีการจ้างให้มีการให้การดูแลผู้ป่วยชั่วคราวเป็นระยะเวลาสั้น ๆ

2.2 การให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiving) การให้การดูแลที่ไม่ได้มีแบบแผน ลักษณะหรือโครงสร้างที่ชัดเจน เป็นการให้การดูแลเรื่องทั่วไปและแทบทุกเรื่องแก่ผู้ได้รับการดูแลตั้งแต่การดูแลด้านความจำเป็นขั้นพื้นฐานตั้งแต่การรับประทานอาหาร การเข้านอน เข้าห้องน้ำ จนถึงการดูแลเรื่องที่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่ทำหน้าที่นี้ด้วยความรัก ความผูกพัน ด้วยสายใยความเป็นครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

สรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัว บุคคลในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2557) ผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลสภาวะจิตใจของผู้ป่วย

3. บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพึ่งพาตนเอง ยอมรับภาวะสุขภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ และจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรด้วยตนเองมากขึ้น โดยบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ โดยเฉพาะการดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้แห้งไม่เปียกชื้น โดยเฉพาะหลังผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะแล้ว ต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง เพราะจะทำให้เกิดแผลกดทับ ผิวหนังถลอกง่าย (พรชัย จุลเมตต์, 2566)

3.2 การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ เกิดข้อจำกัดในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงขาดความมั่นใจในตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดได้ง่าย เกิดภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลจึงควรทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก คอยสนับสนุนและให้กำลังใจ กล่าวคำชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การฟังเพลง หรือฟังธรรมะ ก็จะช่วยประคับประคองจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยได้

3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หลอดเลือดมีการไหลเวียนโลหิตดีช่วยเสริมสร้างการทำงานที่ของร่างกายให้ทำงานได้มากที่สุด ซึ่งการฟื้นฟูผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (วิสุณี จันทศรี, 2560)

3.4 การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการพึ่งพาในระดับมากจนถึงพึ่งพาโดยสมบูรณ์ และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันแผลกดทับ ผู้ดูแลควรพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ผ้าปูเตียงต้องอยู่เสมอมือต้องยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรมีผ้ารองยก เพื่อป้องกันการเสียดสีลดแรงกดทับ และการเกิดแผล (สุธาสินี เจียประเสริฐ และคณะ, 2563) การป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและระยะพักฟื้น โดยเฉพาะระยะพักฟื้นมักพบสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้บ่อยครั้ง ซึ่งการติดเชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดอักเสบ (พิมลรัตน์ กมลธรรม, 2557) ผู้ดูแลควรสังเกตอาการเหนื่อยหอบ

มีไข้ การดูแลเพื่อลดภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น การเคาะปอดการดูดเสมหะตลอดจนให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดในช่องปากและฟันของผู้ป่วย เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในปาก ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มและป้องกันการสำลัก ส่วนการติดเชื้อที่พบรองลงมาได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะพบได้บ่อยในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะไม่ออกและในรายที่มีสายสวนปัสสาวะกลับไปบ้าน ผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกทักษะดูแลสายสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องและสะอาดหากสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีไข้ปัสสาวะที่ออกมามีตะกอนขุ่นให้รีบไปพบแพทย์ (พิมลรัตน์ กมลธรรม, 2557) การป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เป็นการบริหารร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลจึงต้องช่วยบริหารร่างกาย เคลื่อนไหว แขน ขา ลำตัว และใบหน้า โดยผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและฝึกหัดทำกายภาพร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ (ธีปกา ตรีเดชาวงษ์, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ มีความรัก ความห่วงใยเมื่อบุคคลในครอบครัวได้รับความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีความยินดีและเต็มใจที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว แม้ต้องเสียสละทั้งเวลาและอาชีพ และผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ภาระการดูแลของผู้ดูแล

1. ความหมายของภาระการดูแล

เพอร์ลินและคณะ (Pearlin et al., 1990) ให้ความหมายของภาระการดูแล คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่มีลักษณะเป็นพลวัตรและเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบที่หลากหลาย และส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจต่อภาวะผาสุกของผู้ดูแล

ซาริทและคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ให้ความหมายของภาระการดูแล คือ ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการดูแล โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

มอนท์โกเมอรีและคณะ (Montgomery et al., 1985 อ้างถึงใน Magliano et al., 2005) ให้ความหมายของภาระการดูแล คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกและทัศนคติ

ของผู้ดูแล ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับ และภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้ภาระที่เกิดจากความยุ่งยากใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันในกิจกรรมการดูแล โดยตรงได้แก่การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลงความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล

เกรดและเซนส์เบอร์รี่ (Grad & Sainsbury, 1996) ให้ความหมายความของภาระการดูแลว่าเป็นสภาวะอารมณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลหลักและครอบครัวที่มีสาเหตุมาจากการให้การดูแลผู้ป่วย

อัลแนซลีและซามารา (Alnazly & Samara, 2014) ให้ความหมายความของภาระการดูแลว่าเป็นปฏิกริยาการตอบสนองในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการในการดูแลกับบริบทต่าง ๆ ได้แก่ บทบาททางสังคม เวลาส่วนตัว ภาวะสุขภาพ และอารมณ์แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งเป็นผลจากการดูแลโดยตรง

โอเบิร์ต (Oberst et al., 1991) ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลและจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงรวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ธอร์มสันและคณะ (Thompson Jr et al., 1993) ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแลหากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลและมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมากแต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตัวเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก

วังนา ลีละพัฒนา และสายพิณ หัตถ์รัตน์ (2558) ให้ความหมายภาระการดูแล หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพา ใช้เวลามากและก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง ทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงินและชีวิตส่วนตัวของตนเอง ถ้าผู้ดูแลปราศจากความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ไม่ว่าจะจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ แล้ว ก็จะทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพได้

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการดูแลบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในสภาวะพึ่งพา และจากการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา มีผลต่อตัวบุคคลที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หากบุคคลที่ให้การดูแลรับรู้ถึงแรงสนับสนุนหรือหนทางช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ บุคคลจะเกิดความเครียด เบื่อหน่าย กัดดัน และรับรู้ถึงภาระการดูแลได้ ซึ่งมักเกิดการรับรู้ภาระการดูแลเมื่อได้รับบทบาทผู้ดูแลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (Tooth et al., 2005)

2. การรับรู้ภาวะการดูแลตามแนวคิดของเพอร์ลิน

การรับรู้ภาวะการดูแลตามแนวคิดของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายกระบวนการเกิดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเพอร์ลิน กล่าวว่า การรับรู้ภาวะการดูแล เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการทางร่างกาย จนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าให้กับผู้ดูแล ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบท (Background and social variables) ปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยตัวกระตุ้น (Stressors) ปัจจัยที่สามเป็นปัจจัยตัวจัดการ (Mediators) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัต และส่งผลต่อปัจจัยที่ 4 คือผลลัพธ์ที่เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Pearlin et al., 1990)

2.1 ปัจจัยพื้นฐานและทางสังคม (Basic demographic and social variables) เป็นปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ ลักษณะของครอบครัวและเครือข่าย ลักษณะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะความเป็นอยู่ โดยทั่วไป และแหล่งประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นต้น

2.2 ปัจจัยตัวกระตุ้น (Stressors) แบ่งเป็น 2 ระดับได้แก่

2.2.1 ระดับปฐมภูมิ (Primary stressors) หมายถึง ปัจจัยภายในตนเอง สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบ่งออกได้ 2 ลักษณะได้แก่ ตัวบ่งชี้ทางด้านอัตนัย (Objective indicators) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแล ส่วนตัวบ่งชี้ทางด้านปรนัย (Subjective indicators) ได้แก่ ภาวะการดูแลที่หนักอึ้งหรือการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต

2.2.2 ระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors) เป็นผลมาจากความรู้สึกกดดันที่เป็นผลมาจากปัจจัยกระตุ้นระดับปฐมภูมิสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความตึงเครียดในบทบาท (Role strains) ส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งในครอบครัว หรือความพยายามที่จะรักษาสมดุลระหว่างการประกอบอาชีพกับภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และความตึงเครียดภายในจิตใจ (Intrapsychic strains) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง การสูญเสียความเป็นตัวเองและความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น

2.3 ปัจจัยตัวจัดการ (Mediators) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ถ้าผู้ดูแลขาดการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้กระบวนการรับรู้ภาวะการดูแลนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น

2.4 การรับรู้ภาวะการดูแล ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล

3. ผลกระทบของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระงานมาก มีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดูแลเอง จนนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย และหากมีปัญหาสะสมายาวนานมากขึ้นไปเรื่อย ๆ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายประการ สรุปได้มีดังนี้

3.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โดยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2559) จากภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การประกอบอาชีพหารายได้จุนเจือครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงหรือบุคคลภายนอกก็เริ่มลดน้อยลง ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระเมื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2560)

3.2 ผลกระทบด้านอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2559) นอกจากนี้ ยังพบว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นเพศชาย มักมีแนวโน้มอารมณ์โกรธง่าย โมโหง่าย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559)

3.3 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว และญาติพี่น้อง (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2559) ไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดา สามีหรือภรรยาได้เช่นเดิม (รุ่งนภา จันทรา, 2560)

3.4 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวลดลงและมีเวลาดูแลตัวเองได้น้อยลงเนื่องจากต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559) เกิดความเหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2559)

3.5 ผลกระทบด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันเท่านั้น มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับไปที่บ้าน (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2559) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย บางรายนอนติดเตียง ผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด ต้องช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย

ด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำนั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทุกวัน จนเหมือนว่าเป็นการดูแลที่ยาวนานและไม่มีที่สิ้นสุด (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาวะการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะการดูแลมีหลากหลาย เช่น นิรชา ภูวนารักษ์ (2563) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรับภาวะการดูแลได้แก่ เศรษฐกิจ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายมาก และผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ สอดคล้องกันกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวิทย์ (2559) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบปัจจัยต่อความรู้สึกรับภาวะการดูแล คือ เศรษฐกิจ การที่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลเฉลี่ยวันละประมาณ 14-18 ชั่วโมง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาแต่พบว่าไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการดูแล เช่น การศึกษาของนิรชา ภูวนารักษ์ (2563) พบว่า อายุ เพศ การทำงาน และระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาวะการดูแล ($p > .05$) โดยมีค่า P-value 0.633, 0.841, 0.585, 0.629 ตามลำดับ และการศึกษาของวิไล คุปต์นิริติศัยกุล และคณะ (2561) พบว่า เพศ อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาวะการดูแล ($p > .05$) โดยมีค่า P-value 0.406, 0.189, 0.344 ตามลำดับเช่นกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าตัวแปรด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคมนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาเพียงตัวแปรด้านเศรษฐกิจว่ามีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

1. ด้านเศรษฐกิจ อริญาพร จันทราสินธุ์ (2560) ศึกษาความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทของตัวเองได้ เกิดปัญหา ด้านเศรษฐกิจ รายได้ในครอบครัว ภาระหนี้สินจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกันกับการศึกษาของมิชรา (Mishra, 2016) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอินเดีย พบว่า ร้อยละ 52 ของภาวะการดูแล เป็นปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของโทซุน (Tosun & Temel, 2017) ที่ศึกษาในประเทศตุรกี พบปัจจัยด้านระดับรายได้และรายจ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลมากที่สุด ตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของ สรวิสต์วา และคณะ (Srivastava et al., 2016) ที่ศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่าปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเพียงร้อยละ 11.5 และการศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเวียดนาม พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล ($r = -.46, p < .01$)

2. ระยะเวลาในการดูแล เชิดชาย ชยวิทย์ (2559) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึงวันละประมาณ 14-18 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเวียดนาม พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$)

3. ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศเวียดนาม พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแล ($r = -.34, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. แรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเวียดนาม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของอาโกโซลและคณะ (Akosile et al., 2018) ศึกษาภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไนจีเรีย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.295, p < .01$)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาระการดูแลเกิดจากการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งต่างจากการใช้ชีวิตปกติตามเดิมที่ผ่านมา จากความเหนื่อยล้าต่อบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหาด้านเศรษฐกิจ อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียด กัดดัน และเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเอง ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ และยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย แต่หากผู้ดูแลประเมินแล้วว่าตนมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และดึงแหล่งประโยชน์ที่มีนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัวที่ดี สามารถจัดการหรือลดความเหนื่อยล้าต่อบทบาทผู้ดูแลได้ นำมาซึ่งความผาสุกในครอบครัว และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถานที่

สถานที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับผู้ป่วยทั้งจังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดใกล้เคียง คือ ตาก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ พิจิตร และสุโขทัย ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่ได้รับการรักษาและจำหน่าย และมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกมีโอกาสจะถูกเลือกเท่า ๆ กัน ผู้วิจัยจะให้เลขกำกับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มีนัดมารับการตรวจในวันนั้น ๆ โดยการสุ่มที่แผนกอายุรกรรมในวันจันทร์ถึงวันพุธ ส่วนการสุ่มที่แผนกศัลยกรรมในวันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ได้แก่
 - 1.1 เป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง ลูก หลาน ลุง น้า อา เป็นต้น
 - 1.2 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
 - 1.3 เป็นผู้ที่มีผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
 - 1.4 สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
 - 1.5 ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน (Tooth et al., 2005) และมีจำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน (Grant et al., 2002)
 - 1.6 เข้าใจถึงกระบวนการวิจัยครบถ้วน และยินดียินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอม
2. เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วย
 - 2.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
 - 2.2 ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 - 2.3 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอยู่ในระดับน้อย โดยประเมินจาก Barthel Index 100 ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 70 คะแนน คือ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง จนถึงต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล
 - 1.1 มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ ปวดหัว มีไข้ ไอ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบถ้วนขณะดำเนินการวิจัย
 - 1.2 มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับมาก โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต
 - 1.3 ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด
 - 1.4 เจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต
2. เกณฑ์คัดออกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - เจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาอำนาจทำนาย ซึ่งใช้สถิติสมการถดถอย (Multiple regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงต้องคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอกับการเป็นตัวแทนในการทำนาย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2545) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

(n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรต้น)

โดยปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 3 ปัจจัย ซึ่งมีตัวแปรคัดสรรจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแล โดยแทนค่าตามสูตรดังนี้

$$n = 10(5) + 50$$

$$n = 100$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยจะให้เลขกำกับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มีนัดมารับการตรวจในวันนั้นๆ และทำการสุ่มที่แผนกอายุรกรรมในวันจันทร์ถึงวันพุธ ส่วนการสุ่มที่แผนกศัลยกรรมในวันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์ทุกสัปดาห์จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบคัดกรองและแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบคัดกรองอาสาสมัคร แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันวัดด้วยแบบประเมินความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ของสถาบันประสาท (2550) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นสากลและมีการใช้อย่างแพร่หลาย มีรายละเอียดของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ของสถาบันประสาทวิทยา (2550) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยข้อ 5 และ 6 มีคะแนน 2 ระดับ (0 = ทำเองไม่ได้, 5 = ทำได้เอง) ข้อ 1, 7, 8, 9 และ 10 มีคะแนน 3 ระดับ (0 = ทำเองไม่ได้, 5 = ทำได้บ้าง ต้องมีผู้ช่วยเหลือ, 10 = ทำได้เอง) ข้อ 2, 3 และ 4 มีคะแนน 4 ระดับ (0 = ทำเองไม่ได้, 5 = ทำได้เล็กน้อย ต้องมีผู้ช่วยที่มีทักษะหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ, 10 = ทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ, 15 = ทำได้เอง) ซึ่งแปลผลตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดังนี้

0 - 20	หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (พึ่งพาโดยสมบูรณ์)
25 - 45	หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (พึ่งพาระดับมาก)
50 - 70	หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (พึ่งพาระดับปานกลาง)
75 - 95	หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (พึ่งพาระดับน้อย)
100	หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองผู้ดูแล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย และประวัติการการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย

3. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของรศศุคณธ์ เจืออุบลมัย (2553) โดยไม่มีการดัดแปลงแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น การได้รับด้านข้อมูล 6 ข้อ ด้านการประคับประคองจิตใจ 5 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 5 ข้อ ด้านการจัดการภายในบ้าน 5 ข้อ ด้านการเงิน 5 ข้อ และด้านการพักผ่อน 5 ข้อ

การให้คะแนนมี 4 ระดับตั้งแต่ไม่เคยได้รับ (1 คะแนน) ได้รับน้อย (2 คะแนน) ได้รับปานกลาง (3 คะแนน) และได้รับมาก (4 คะแนน) การแปลผลค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนนออกเป็น 4 กลุ่ม นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 1 - 4 มาจัดระดับตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1977) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

และแปลผลตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.75	หมายถึง	ไม่เคยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.76 ถึง 2.50	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 ถึง 3.25	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.26 ถึง 4.00	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

4. แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลของซาริทและคณะ (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ข้อความมีความเหมาะสมและเฉพาะกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงนี้ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับตั้งแต่ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3) และเกิดเป็นประจำ (4 คะแนน) และแปลผลตามระดับภาวะการดูแลดังนี้

0-20	คือ	ไม่มีภาวะการดูแล
21-40	คือ	มีภาวะการดูแลน้อย
41-60	คือ	มีภาวะการดูแลปานกลาง
61-88	คือ	มีภาวะการดูแลรุนแรง

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบหาความตรงในเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ของสถาบันประสาทวิทยา (2550) และแบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของรศศุคุณธ์ เจืออุบลมัย (2553) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีการดัดแปลง จึงไม่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งสองชุดนี้ ส่วนแบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะการดูแลของ Zarit Burden Interview: ZBI) ของ ซาริท และคณะ Zarit et al. (1980) ผู้วิจัยนำไปหาความตรงในเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่า CVI โดยได้ค่า CVI ที่ .93 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ของสถาบันประสาท เป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นมาตรฐานสากลและใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความเที่ยง ส่วนแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของรอสส์ จีออูปลัมภ์ และแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ แผนกผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าที่อยู่ในเกณฑ์รับได้ที่ .70 ขึ้นไป (Cronbach, 1970) ซึ่งแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .74 และแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .71

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างวิจัย

การวิจัยนี้ต้องได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ: P3-0056/2565) และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก(หมายเลขโครงการ: 143/2566) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการอยู่ โดยไม่มีผลใด ๆ มีอิสระและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นในการตอบตรงตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม และจะดำเนินการทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แล้ว ผู้วิจัยทำตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรม ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อความเท่าเทียมของการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. หลังจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ประสานงาน ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับการตรวจตามนัดในแต่ละวัน และการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกอายุรกรรมในวันจันทร์ถึงวันพุธ และเก็บข้อมูลที่แผนกศัลยกรรมในวันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์ โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยให้เลขกำกับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มีนัดมารับการตรวจในวันนั้น ๆ โดยการสุ่มที่แผนกอายุรกรรมในวันจันทร์ถึงวันพุธ และแผนกศัลยกรรมในวันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์
5. หลังจากที่ได้สุ่มได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ประสานงาน เข้าพบผู้ป่วยและแนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลอธิบายวิธีทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และผู้วิจัยทำการคัดเลือกอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัย
7. เมื่อเป็นไปตามเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 30 – 45 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มิดชิด ไม่พลุกพล่าน

8. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

9. นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ (SPSS version 17) โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรุนแรงของโรค วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ภาวะการดูแล วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

5. เมื่อพบความสัมพันธ์ตั้งข้างต้น จึงวิเคราะห์หาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เลือกใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions) และวิเคราะห์การถดถอยแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ตามขั้นตอน และแปลผลการวิเคราะห์การถดถอยโดยการใช้โปรแกรม SPSS

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำเสนอในรูปแบบตารางและการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน ทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 100)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (\bar{X} = 43.35, SD = 8.401, Min = 28, Max = 60)		
20 - 30 ปี	2	2.00
31 - 40 ปี	34	34.00
41 - 50 ปี	37	37.00
51 - 60 ปี	27	27.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา - มารดา	1	1.00
สามี - ภรรยา	52	52.00
บุตร - หลาน	42	42.00
พี่ - น้อง	3	3.00
ลูกป้า/น้า	2	2.00
ระยะเวลาในการดูแล (เดือน) (\bar{X} = 42.94, SD = 26.72, Min = 7, Max = 140)		
6 - 60 เดือน	78	78.00
61 - 120 เดือน	19	19.00
121 - 180 เดือน	3	3.00
ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน (ชั่วโมง/วัน) (\bar{X} = 15.63, SD = 4.18, Min = 6, Max = 22)		
6 - 12 ชม.	16	16.00
13 - 18 ชม.	66	66.00
19 - 24 ชม.	18	18.00
รายได้ต่อเดือน (\bar{X} = 7760.00, SD = 4630.53, Min = 1,500, Max = 30,000)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	27	27.00
5,001 - 10,000 บาท	62	62.00
10,001 - 15,000 บาท	7	7.00
มากกว่า 15,000 บาท (มากที่สุด 30,000บาท)	4	4.00

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (\bar{X} = 3330.00, SD = 795.25, Min = 2,000, Max = 5,000)		
1,000 - 2,000 บาท	5	5.00
2,001 - 3,000 บาท	72	72.00
3,001 - 4,000 บาท	7	7.00
4,001 - 5,000 บาท	16	16.00

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 37) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 52) ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 – 60 เดือน (ร้อยละ 78) ใช้เวลาดูแลผู้ป่วย 13 – 18 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 66) มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 62) และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน 2,001 - 3,000 บาท คิดเป็น (ร้อยละ 72)

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Bathel Index	จำนวน	ร้อยละ
ต้องพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-20 คะแนน)	1	1.00
ต้องพึ่งพาในระดับมาก (25-45 คะแนน)	10	10.00
ต้องพึ่งพาในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน)	89	89.00
$(\bar{X}$ = 62.75, SD=10.99, Min=20, Max=70)		

จากตาราง 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยต้องพึ่งพาผู้ดูแลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89 รองลงมาต้องพึ่งพาผู้ดูแลระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 10 และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 1 ที่ต้องการการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ และพบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 62.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.99

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n=100)

ตัวแปร	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ระยะเวลาในการดูแล	6.00	22.00	15.63	4.18
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (ด้านเศรษฐกิจ)	2000.00	5000.00	3330.00	795.25
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย	20.00	70.00	62.75	11.00
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	1.50	2.86	2.02	.26
ภาระการดูแล	0.00	64.00	34.32	9.65

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.63 (SD = 4.18) เศรษฐกิจหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3330.00 (SD = 795.25) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับพึงพาปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.75 (SD = 11.00) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 (SD = .26) และมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.32 (SD = 9.65)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment

correlation coefficient) ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้

1. ตัวแปร มีระดับการวัดเป็นแบบ Interval หรือ Ratio scale ในการศึกษาครั้งนี้ จากทั้งหมด 3 ปัจจัยมีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกตัวแปร มีระดับการวัดเป็น Interval scale หรือ ratio scale

2. กลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากรทั้งหมด

3. ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าสถิติของข้อมูลตัวแปรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงตัวแบบปกติ

4. ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากการทดสอบ โดยใช้ Scatter plot พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล พบว่าข้อมูลตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่ามีความสัมพันธ์ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n=100)

ตัวแปร	ภาระการดูแล	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ระยะเวลาในการดูแล	-.067*	.505
2. เศรษฐกิจ	.327**	.001
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-.602**	.000
4. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.253*	.011

จากตาราง 4 พบว่า มีตัวแปร 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแล ($r = .327, p < .05$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -.602, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -.253, p < .05$) ส่วนระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล ($r = -.607, p > .05$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน ทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล

	(n = 100)				
ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	80.751	7.093		14.986	0.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-0.510	0.070	-0.581	-7.336	0.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	-7.145	2.990	-0.189	-2.384	0.019

จากตาราง 5 พบว่า ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.510, p < 0.05$) และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -7.145, p < 0.05$) ทั้งนี้ สามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ร้อยละ 39.80 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สามารถเขียนสมการถดถอยเพื่อใช้พยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบ (b) ได้ดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$\hat{Y} = 80.751 - 0.510 (\text{ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย}) - 7.145 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

- แทนค่า \hat{Y} = ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 a = ค่าคงที่
 b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของความสามารถในการปฏิบัติ
 กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
 b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคม
 X_1 = ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
 X_2 = แรงสนับสนุนทางสังคม

และสมการถดถอยเพื่อพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ได้ดังนี้

$$\hat{Z} = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2$$

$$\hat{Z} = -.581(\text{ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย}) - 0.189(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

- โดยที่ \hat{Z} = ภาวะการดูแล
 Z_1 = ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
 Z_2 = แรงสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรม ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองอาสาสมัคร แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยและคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันวัดด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ของสถาบันประสาทวิทยา (2550)

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย และประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล

3. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของรศศุภณีย์ เจืออุปถัมภ์ (2553) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.74

4. แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแล ของซาริทและคณะ (Zarit et al., 1980) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.71

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0 วิเคราะห์สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยวิธีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายโดยการวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 37 มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 52 ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 – 60 เดือน ร้อยละ 78 ดูแลผู้ป่วย 13 – 18 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 66 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 62 และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน 2,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 72

2. ค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปรคัดสรร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.63 (SD = 4.18) คะแนนเฉลี่ยเศรษฐกิจเท่ากับ 3330.00 (SD = 795.25) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 62.75$, SD = 11.00) คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.02$, SD = .26) และคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลระดับน้อย ($\bar{X} = 34.32$, SD = 9.65)

3. ความสัมพันธ์ตัวแปรคัดสรร โดยพบว่า เศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .327$, $p < .05$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.602$, $p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.253$, $p < .05$) ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล ($r = -.67$, $p > .05$)

4. ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($b = -0.510$, $p < .001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($b = -7.145$, $p < .05$) นอกจากนี้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายภาวะการดูแลร่วมกันได้ถึงร้อยละ 39.80 ($R^2 = .398$, $p < .05$) จากผลการวิจัยสามารถสร้างสมการถดถอย ที่ใช้พยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) ได้ดังนี้ $\hat{Y} = 80.751 - 0.510 (X_1) - 7.145 (X_2)$ และสมการถดถอยที่ใช้พยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) คือ $\hat{Z} = -0.581Z_1 - 0.189Z_2$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยคัดสรร เศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากพบว่า มี 3 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เศรษฐกิจ ($r = .327, p < .05$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.602, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.253, p < .05$) ส่วนระยะเวลาในการดูแลไม่พบความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = -.67, p > .05$)

เศรษฐกิจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .327, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮันห์ (Hanh, 2016) พบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.46, p < .01$) เศรษฐกิจในที่นี้หมายถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3,330 บาท/เดือน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 62) จึงอาจไม่กระทบต่อการดำรงชีพของผู้ดูแล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย ทำให้ตัวแปรเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.602, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพักตร์ จันทศิริ (2564) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ($p\text{-value} = 0.002$) และการศึกษาของ โรชนี อุปรา และคณะ (2554) ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.251, p < .01$) และการศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กันทางลบ ($r = -.34, p < .01$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ มักข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำลัก และปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือ (นิรชา ภูวนารักษ์, 2563) แต่หากผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้มาก การช่วยเหลือของผู้ดูแลก็จะน้อย ระดับภาระการดูแลก็จะน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยสามารถทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองน้อย ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือมากขึ้น ผู้ดูแลจึงรับรู้ภาระการดูแลมากขึ้น (ศตวรรษ อุตระศาสตร์, 2561) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับพึ่งพานกลาง ($\bar{X} = 62.75, SD = 11.0$) หมายถึงผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องคอยดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา คะแนนภาระการดูแลจึงอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 34.32, SD = 9.65$) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.253, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาโกโซล์และคณะ (Akosile et al., 2018) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -0.295, p < .01$) และการศึกษาของฮันห์ (Hanh, 2016) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -.57, p < .01$) อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพใจ และบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) ถ้าผู้ดูแลได้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอตามความต้องการ อาจเป็นการสนับสนุนด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านจิตใจ การดูแลสุขภาพตนเอง หรือ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคม ผู้ดูแลก็จะสามารถจัดการกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแล และไม่เกิดภาวะการดูแลได้ (ศตวรรษ อุตสาหกรรม, 2561) แต่ถ้าหากขาดการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะก่อให้เกิดภาวะการดูแลได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระดับน้อย ($\bar{X} = .202, SD = .26$) ในขณะที่ภาวะการดูแลของผู้ดูแล อยู่ระดับน้อย อธิบายได้ว่า แม้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแล แต่หากได้รับการสนับสนุนในด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ การได้รับข้อมูล และการประคับประคองจิตใจ ก็ทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล อยู่ระดับน้อยได้ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ระยะเวลาในการดูแล ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ($r = -.067, p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาในครั้งนี้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) และการศึกษาของ ซอย-ควัน และคณะ (Choi-Kwon et al., 2005) พบว่า การดูแลที่ยาวนาน (มากกว่า 15 ชั่วโมง/วัน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรับภาวะการดูแล ($r = .07, p < .05$) อาจเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41 – 50 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่สูง ทั้งด้านการทำงาน การดูแลคนในครอบครัว และบทบาทหน้าที่ทางสังคม (สกุณา บุญนรากร, 2551) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยา หรือบุตรหลาน กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีบุคคลที่มีความสัมพันธ์เหนียวแน่นในครอบครัวและสายเลือด จึงทำให้ผู้ดูแลพร้อมหรือเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย ด้วยความรักและผูกพัน หรือจากความเชื่อเกี่ยวกับบุญคุณ ความกตัญญู และการตอบแทนให้ผู้ป่วย (เสาวนีย์ คงนิรันดร์, 2559) แม้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยจะมากในแต่ละวัน ($\bar{X} = 15.63, SD = 4.18$) แต่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย ($\bar{X} = 34.32, SD = 9.65$) จึงส่งผลให้ระยะเวลาที่ดูแล ไม่สัมพันธ์กับภาวะการดูแล

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยคัดสรร ด้านเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากพบว่า มีตัวแปร 2 ตัวที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.510 ($p < .001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -7.145 ($p < .05$) โดยสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลร่วมกันได้ร้อยละ 39.80 อธิบายแต่ละตัวแปร ดังนี้

1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ ($\beta = -.581, p < .001$) เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิด การรับรู้ภาวะการดูแลของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นปัจจัยตัวกระตุ้นที่ส่งผลต่อระดับภาวะการดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยรุนแรงหรือความพิการที่หลงเหลือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรชา ภูวนารักษ์ (2563) ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดภาระงานดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ที่พบว่าความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่หลงเหลือในระดับมาก ทำให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ความผาสุกของผู้ดูแล และประสิทธิภาพการในดูแลผู้ป่วยด้วย (โรชินี อุปรา และคณะ, 2554) ดังนั้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนั้นพยาบาลควรให้การส่งเสริมเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลลดลง และผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระน้อยลง

2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.189, p < .05$) เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิด การรับรู้ภาวะการดูแลของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ซึ่งแรงสนับสนุนถือเป็นปัจจัยด้านตัวจัดการ ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างตัวกระตุ้นกับภาวะการดูแล มีหน้าที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้น ๆ สามารถจัดการกับปัจจัยตัวกระตุ้น ซึ่งในที่นี้คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ เพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่มากเกินไป เมื่อผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล ด้านการเงิน ด้านบุคคล หรือด้านสิ่งของ หรือขวัญกำลังใจไม่ว่าจะระดับมากหรือน้อย จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยจัดการกับปัญหาได้ หรือรู้สึกมีคุณค่า จะส่งผล

ให้ผู้ดูแลมีกำลังกาย กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรค จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบาก ลดลง เกิดความรู้สึกว่ามีภาระการดูแลลดลง (ยุวรีย์ อิทธิเพ็ญ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และทศพร คำผลศิริ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาโกโซล์และคณะ (Akosile et al., 2018) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากครอบครัวและความเข้มแข็งในครอบครัวส่งผลให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้ และการศึกษาของ ฮันห์ (Hanh, 2016) พบว่า การแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล สิ่งของอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลได้ การศึกษาในครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างดี และแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายภาระการดูแลได้อีกด้วย

3. เศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า เศรษฐกิจไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิด การรับรู้ภาระการดูแลของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ที่มองว่าด้านปัจจัยข้อมูลพื้นฐานและสังคม ในด้านเศรษฐกิจหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล กล่าวคือ ภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาของตนเองมาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือเสียรายได้ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย จึงเกิดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริภาณี ศรีหาคาศ (2559) พบว่า เมื่อผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่รายได้ลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล การศึกษาในครั้งนี้แม้กลุ่มตัวอย่างเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3,330 บาท/เดือน แต่ด้วยรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาทของผู้ดูแล จึงทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้ แม้อันเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็ไม่มีอำนาจในการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

4. ระยะเวลาในการดูแล ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดูแล ไม่มีอำนาจทำนายภาระการดูแลได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดการรับรู้ภาระการดูแลของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ที่ว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นปัจจัยข้อมูลพื้นฐานและสังคม มีผลต่อภาระการดูแล โดยหาระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานขึ้น เป็นผลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวลดลง พักผ่อนน้อยลง ไม่มีเวลาดูแลตนเอง และทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและความเหนื่อยล้า จนเกิดเป็นภาระการดูแลได้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย และรู้สึกมีภาระการดูแล เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จนไม่มีเวลาพักผ่อนหรือดูแลสุขภาพตนเอง อาจเนื่องมาจากงานวิจัยนี้ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลไม่มีอำนาจทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. สามารถนำผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมดูแล และช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีภาวะการดูแลลดลง โดยเฉพาะการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาล จนถึงผู้ป่วยได้กลับบ้าน และการติดตามต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือป้องกันการดูแลของผู้ดูแล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. สามารถนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โดยคำนึงถึงการเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล และการเพื่อลดหรือป้องกันการดูแล และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลให้ผู้ดูแลได้

3. สามารถนำไปวางแผนให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันการดูแลของผู้ดูแล จัดเป็นระบบการให้การพยาบาลอย่างมีมาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาวะการดูแล ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของรูปแบบเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองของผู้ป่วย และช่วยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดและป้องกันการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ รักษ์พงษ์ศิริ. (2565). ประสิทธิภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาให้ยา Door to needle time ใน 30 นาที และมากกว่า 30 นาทีแต่ไม่เกิน 60 นาที ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม. จาก <https://nkphospitaljournal.wordpress.com/2022/02/25>
- กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตตัญญา, และกิตตา ไกรนุวัตร. (2558). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 16(2), 114-122.
- จันทร์จิรา สีสว่าง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 10-18.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2560). การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง. *ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.*
- เชิดชาย ชยวิทย์. (2559). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 14-27.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 51-57.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำพลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *Nursing Journal*, 42, 107-117.
- ธีปกา ตรีเดชาวงษ์. (2557). *กายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน* (รายงานผลโครงการ). ประทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิณัฐ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(1), 47-61.
- นิตยา พันธุเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. (2558). *เอกสารประกอบการประชุมประเด็นสารธรรมรงค์ วันอัมพาตโลกปี พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นิรชา ภูวนารักษ์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(1), 1-11.

- บวรลักษณ์ ทองทิว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 179-191.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปภัสสร มุกดาประวัตติ. (2563). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมองออกที่ช่องท้อง* (รายงานการพยาบาล). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ. (2564). ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 72-80.
- พรชัย จุลเมตต์. (2566). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. ชลบุรี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2561). Role of Antiplatelet Drugs in Treatment of Acute Ischemic Stroke. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(1), 32-40.
- พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2560). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)*. สืบค้น 19 มีนาคม 2567, จาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
- พิชยนทร์ ดวงทองพล. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(2), 1-23.
- พิมลรัตน์ กมลธรรม. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน*. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย.
- พิรลักษณ์ ลาภหลาย. (2562). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 286-296.
- ภรภัทร อิมโธฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นจาก <http://library.christian.ac.th/thesis/ShowSearch.php?pointer=T023475>
- ยุวรีย์ อิทธิ์เพ็ญ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และทศพร คำผลศิริ. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 48(1), 41-53.
- รสศุคนธ์ เจืออุปกัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน: นครปฐม.

- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ, และชุลีพร หิตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 อดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 49-55.
- โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). ประสบการณ์ของ
 ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Rajabhat Journal of Sciences,
 Humanities & Social Sciences*, 12(2), 50-59.
- วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถ์รัตน์. (2558). *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว*. สืบค้น 25 กรกฎาคม
 2563, จาก http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article_4
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรัณยา โมสิตะมงคล. (2560). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
 สมรรถนะของพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง.
- วิมลพร ศรีโชติ. (2562). *การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีไล คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ, พวงแก้ว ธิติสกุลชัย, สุพิน สาธิตา, และศิริลักษณ์ แก้วนารี. (2561).
 ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.
เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ, 28(1), 8-14.
- วีไล สุรสากร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้
 เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*,
 19(3), 222-235.
- วิสุณี จันทศรี. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล
 การเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศตวรรษ อุตศาสตร์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรค
 หลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริณี ศรีหาคาศ. (2559). สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
 ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36),
 44-62.
- ศิริสุดา พลที, อรุณี ชนาภิสิทธิ์, ลักษณะ มาทอ, พิพัฒน์ อมตฉายา, ธนาตย์ สุกนวล, และสุกัลยา
 อมตฉายา. (2561). ผลทันทีของการฝึกกลืนน้ำหนักบนขาข้างอ่อนแรงต่อความสามารถด้าน
 การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เดินได้. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(5), 438-443.
- ศุภาวีร์ ดิษแพร. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก
 และชั้นกลาง: กรณีศึกษา*. สืบค้น 25 กรกฎาคม 2563, จาก [http://somdet.moph.
 go.th/sd_files/academic/supawee-1-2565.pdf](http://somdet.moph.go.th/sd_files/academic/supawee-1-2565.pdf)

- ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง. (2561). *แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง*.
 สืบค้น 26 กรกฎาคม 2563, จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019110601.pdf
- สกุณา บุญนรากร. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย*. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. สืบค้น 25 กรกฎาคม 2563, จาก <http://www.neurothai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf>
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพาต) สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2562). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*.
 กรุงเทพฯ: ธนาเพรสจำกัด.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). *สมองขาดออกซิเจน สมองพร่องออกซิเจน (Cerebral hypoxia)*. สืบค้น 19 มีนาคม 2567, จาก <https://srinagarind.md.kku.ac.th/post/61>
- สายพิน เกษมกิจวัฒน์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2563*. สืบค้น 25 กรกฎาคม 2563 จาก <http://www.thaincd.com/2016/search.php>
- สุกัญญา ชะแรมรัมย์, ชันัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล, และภัทรพงษ์ พีรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อาวอร์ฟารินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 15(1), 89-97.
- สุภารัตน์ สิริประภาพล และสมคิด ปานประเสริฐ. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 353-364.
- สุธาสิณี เจียประเสริฐ, นวพร คำแสงสวัสดิ์, จิธาภรณ์ ยกอิน, และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2563). การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน: ประสพการณ์การพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(1), 105-115.
- เสาวลี นิจอกัย. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke). *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 321-328.

- อรัญญา วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญญา วงศ์ชาลี. (2562). ความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 40-49.
- อรรพรณ พุ่มณีโชติ. (2563). *การดูแลผู้ให้การดูแล (caring of the caregiver)*. สืบค้น 1 มกราคม 2564, จาก https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Caring_of_the_Caregiver/ref.html
- อรรพรณ แผนคง. (2547). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระ และความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อริญาพร จันทร์สินธุ์. (2560). *การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครนายก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อริศรา จานสิบลี. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้วที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง* (รายงานการพยาบาล). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน.
- อรุณี ชุนหบดี และคณะ, ธีรรัตน์สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-9.
- อุไรวรรณ ทองอร่าม. (2562). อิทธิพลของความพร้อมในการดูแล ภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยชลบุรี.
- Ain, Q. U., Dar, N. Z., Ahmad, A., Munzar, S., & Yousafzai, A. W. (2014). Caregiver stress in stroke survivor: data from a tertiary care hospital-a cross sectional survey. *BMC psychology*, 2, 1-7.
- Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & C., O. A. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-7.
- Alnazly, E. K., & Samara, N. A. (2014). The burdens on caregivers of patients above 65 years old receiving hemodialysis: A qualitative study. *Health Care: Current Reviews*, 2(1), 1-6.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

- Choi-Kwon, S., Han, S. W., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Poststroke fatigue: characteristics and related factors. *Cerebrovascular Diseases*, 19(2), 84-90.
- Dorothea, W. B. (1965). *Barthel Index for Activities of Daily Living*. Retrieved June 21, 2020, from <https://www.mdcalc.com/barthel-index-activities-daily-living-adl#evidence>
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1996). Problems of caring for the mentally ill at home. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59(1), 20-23.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33(8), 2060-2065.
- Hanh, P. T. (2016). *Factors related to caregiver burden among family caregiver of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam*. (Master's thesis). Thailand: Burapha University.
- Kong, K.-H., & Lee, J. (2013). Temporal recovery and predictors of upper limb dexterity in the first year of stroke: a prospective study of patients admitted to a rehabilitation centre. *NeuroRehabilitation*, 32(2), 345-350.
- Long, N. X., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., & Panitrat, R. (2019). Factors predicting the health status of caregivers of stroke survivors: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 21(2), 262-268.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., & Group, N. M. H. P. W. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social science & medicine*, 61(2), 313-322.
- Mishra, A. K. (2016). Financial burden of stroke on family and caregiver in India. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(9), 3675-3678.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A. S., & McCubbin, M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer nursing*, 14(2), 71-78.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12.

- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Srivastava, G., Tripathi, R. K., Tiwari, S. C., Singh, B., & Tripathi, S. M. (2016). Caregiver Burden and Quality of Life of Key Caregivers of Patients with Dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(2), 133-136.
- Thompson Jr, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of gerontology*, 48(5), S245-S254.
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 19(12), 963-974.
- Tosun, Z. K., & Temel, M. (2017). Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: an assessment through home visits. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1696-1704.
- World Health Organization. (2020). *World Stroke Day*. Retrieved March 19, 2024, from <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2020-world-stroke-day-ms>
- World Stroke Organization. (2019). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019*. Retrieved June 21, 2020, from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบคัดกรองอาสาสมัคร

รหัส.....

รายการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....
2. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....เดือน
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index 100) ดังนี้

3.1 การรับประทานอาหาร (Feeding)

- ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง (0 คะแนน)
- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ (5 คะแนน)
- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้ (10 คะแนน)

3.2 การเคลื่อนย้าย (Transfers)

- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น (0 คะแนน)
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ (5 คะแนน)
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย (10 คะแนน)
- ทำได้เอง (15 คะแนน)

3.3 การเดินทางเคลื่อนไหว (Mobility)

- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ (5 คะแนน)
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย (10 คะแนน)
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (15 คะแนน)

- 3.4 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)
- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย (0 คะแนน)
 - ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย (5 คะแนน)
 - ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้ (10 คะแนน)
- 3.5 การอาบน้ำเช็ดตัว (Bathing)
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0 คะแนน)
 - อาบน้ำได้เอง (5 คะแนน)
- 3.6 สุขาวิทาสส่วนบุคคล (Grooming)
- ต้องการความช่วยเหลือ (0 คะแนน)
 - ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) (5 คะแนน)
- 3.7 การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน (Toilet use)
- ช่วยตัวเองไม่ได้ (0 คะแนน)
 - ทำเองได้บ้าง อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง (5 คะแนน)
 - ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย (10 คะแนน)
- 3.8 การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels)
- กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (0 คะแนน)
 - กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (5 คะแนน)
 - กลั้นได้เป็นปกติ (10 คะแนน)
- 3.9 การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder)
- กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (0 คะแนน)
 - กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) (5 คะแนน)
 - กลั้นได้เป็นปกติ (10 คะแนน)
- 3.10 การขึ้นลงบันได (Stairs)
- ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน)
 - ต้องการคนช่วย (5 คะแนน)
 - ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) (10 คะแนน)

รวมคะแนน ADL.....คะแนน

รายการคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัส.....

1. อายุผู้ดูแล.....ปี
2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันปี.....เดือน
4. ระยะเวลาที่ดูแลในแต่ละวัน.....ชั่วโมง
5. มีภาวะเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับความเครียด โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียดและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต

แบบประเมินความเครียด (ST- 5) ของกรมสุขภาพจิต

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	คะแนน			
		เป็นน้อย มากหรือ แทบไม่มี 0	เป็น บางครั้ง 1	เป็น บ่อยครั้ง 2	เป็น ประจำ 3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม.....					
[] คะแนน 0 - 4 เครียดน้อย		[] คะแนน 5 - 7 เครียดปานกลาง			
[] คะแนน 8 - 9 เครียดมาก		[] คะแนน 10 - 15 เครียดมากที่สุด			

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต					
ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน (1 - 7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุก วัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวม.....					
คะแนน	การแปลผล				
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีระดับน้อยมาก				
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, Mild)				
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)				
≥ 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับมาก (Major Depression, Severe)				

แบบสอบถามงานวิจัย

รหัสนี้.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดหรือเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนดไว้

ข้อมูลผู้ดูแล

1. อายุผู้ดูแล.....
2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น.....
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันปี.....เดือน
4. ระยะเวลาที่ดูแลในแต่ละวัน.....ชั่วโมง
5. รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน.....บาท
7. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแล () ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย () มีปัญหาค่าใช้จ่าย (ระบุ).....

2. แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ในการเลือกคำตอบมีดังนี้

- มาก หมายถึง ข้อความนั้นท่านเคยได้รับมาก
ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นท่านเคยได้รับปานกลาง
น้อย หมายถึง ข้อความนั้นท่านเคยได้รับน้อย
ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยได้รับเลย

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
ด้านข้อมูล				
1. การได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ				
2. วิธีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย				
3. วิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย				

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
4. วิธีการพุงให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว				
5. การดูแลผิวหนังของผู้ป่วย				
6. การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องผูกหรือปัสสาวะแสบขัด				
ด้านการประคับประคองจิตใจ				
7. คนในครอบครัวคอยรับฟังปัญหาของผู้ดูแล				
8. แพทย์และพยาบาลมีเวลาให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลโรคและการรักษาผู้ป่วยเมื่อต้องการ				
9. มีญาติคอยมาเยี่ยมผู้ป่วยและคอยช่วยเหลือเมื่อต้องการ				
10. มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมผู้ป่วยและให้กำลังใจ				
11. มีเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจากโรงพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้าน				
ด้านการดูแลสุขภาพ				
12. มีเวลาเพื่อดูแลตนเอง				
13. ได้รับคำแนะนำในการรักษาสุขภาพ				
14. มีเวลาในการออกกำลังกาย				
15. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี				
16. เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิ์				
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ				
17. ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรักและห่วงใย				
18. ได้รับการให้อภัยจากผู้ป่วย				
19. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน				
20. มีที่พึ่งทางใจเมื่อต้องการ				
21. ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา				
ด้านการจัดการภายในบ้าน				
22. สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือกิจกรรมในบ้านแทนท่านได้				
23. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามหน้าที่ตนเอง				
24. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันและกัน				

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
25. มีคนคอยช่วยจัดเตรียมอาหาร				
26. มีคนคอยช่วยทำงานบ้าน				
ด้านการเงิน				
27. ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในครัวเรือน				
28. ได้รับความช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย				
29. มีแหล่งเงินทุนสำรอง				
30. ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัว				
31. ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย				
ด้านการพักผ่อน				
32. มีเวลาที่จะพบปะสังสรรค์กับเพื่อน				
33. มีเวลาที่จะไปเที่ยว				
34. มีเวลาพักผ่อนเพื่อผ่อนคลาย				
35. มีเวลาพักผ่อนนอนหลับ				
36. มีเวลาออกไปทำธุระส่วนตัว				

รวมคะแนนทั้งหมด.....คะแนน

3. แบบประเมินภาระในการดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์ของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย

รายการคำถาม	เป็น	บ่อย	บาง	นาน ๆ	ไม่เคย
	ประจำ	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	เลย
	4	3	2	1	0
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง เพราะต้องใช้เวลามากไปกับการดูแลผู้ป่วย					
3. ท่านรู้สึกเครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วย					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจหรือโกรธขณะอยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านไม่สามารถมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหาเพื่อน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					

รายการคำถาม	เป็น	บ่อย	บาง	นาน ๆ	ไม่เคย
	ประจำ	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	เลย
	4	3	2	1	0
14. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่ฟังพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแล ผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มั่นคง ความอดทนใน การดูแลผู้ป่วยจะลดลงหรือหมดไป					
17. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมจัดการ ชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติ ของท่านและให้ผู้อื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยควรจะได้รับดูแลจาก ญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าคุณน่าจะดูแลญาติของท่านได้ ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็น ภาระสำหรับท่าน					
คะแนนรวม					

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรม

COA No. 399/2022
IRB No. P3-0056/2565

AF 14/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายนายการุณการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปิณทุยาพร เพชรเอื้อง
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : สัรรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 06 ตุลาคม 2566

ลงนาม *สุวิฑูรย์ อธิวงษ์สิงห์กุล*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 06 ตุลาคม 2565
วันหมดอายุ : 06 ตุลาคม 2566
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 06 ตุลาคม 2566
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 06 ตุลาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โทร. ๒๑๖๑๖..

ที่ พธ.๑๐๓๓.๑๒๕.๔/๒๕๑..... วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย HREC No. 143/2566.....

เรียน นางสาวปัญญาพร เพชรเอื้อง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Factors predicting the burden on caregiver of stroke patients.) เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาและได้มีมติ รับรองแบบร่างรีด ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ ทั้งนี้ ขอให้ท่านพิจารณาดำเนินการดังนี้

๑. ในระหว่างที่ท่านดำเนินโครงการ หากมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง ขอให้รายงานการปรับแก้ไขโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 01-13)

๒. หากท่านดำเนินโครงการเสร็จสิ้น ขอให้รายงานสรุปผลการวิจัย มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 01-15)

๓. หากท่านดำเนินโครงการยังไม่เสร็จสิ้น และประสงค์ที่จะดำเนินการต่อ ขอให้รายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 01-14) ภายใน ๓๐ วัน ก่อนเอกสารรับรองหมดอายุ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการ

(นางอรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.จ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๓๘-๘๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๔๒๗-๔๕๐๐
 ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์ วิทยาการอภิธรรมศาสตร์ในประเทศไทย
 ๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๕๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๖๐๓๘
 CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
 P.O.Box 33 Nakheupathom 73000 Thailand TEL. 66-3438-8555 FAX. 66-3427-4500 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต.27 / 0๙๙1 /2565

วันที่ 2๗ เมษายน พ.ศ. 2565

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
 เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ้างถึง หนังสือ ที่ ฮว. 0603.12 /617 ลงวันที่ 25 เมษายน 2565

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือวิจัย ของคุณรสสุคนธ์ เจืออุบลรัมย์ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ นางสาวปัญญาพร เพชรเอื้อง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ "แบบประเมินความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล" ของ คุณรสสุคนธ์ เจืออุบลรัมย์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน" หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ. 2551 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามความแจ้งแล้วนั้น

ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พิจารณาแล้วและอนุญาตให้นักศึกษา นางสาวปัญญาพร เพชรเอื้อง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและขอให้ผู้วิจัย กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย และส่งหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งชำระค่าลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 300 บาท ต่อ 1 เครื่องมือวิจัย โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่บัญชี 404-052839-7 และขอความกรุณาสำเนาแจ้งการชำระดังกล่าวกลับมาที่ สำนักบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศศิธร รุ่งเวช

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งเวช)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นางสาวปัญญาพร เพชรเอื้อง
 สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุศลวิมล เอื้อทองคำ)
 อีเมล kumhak47@gmail.com
 โทรศัพท์ 034 388-555 ต่อ 1401 โทรสาร 0-3427-4500

ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. ผศ.ดร. รัฐิธอาภา ตั้งค้ำวานิช | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซียงราย |
| 2. ผศ.ดร. นภัสนันท์ ปิยะศิริภณท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 3. ดร. ณภัคคลษา ผลอนันต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |

