

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ

นางสาววิสาข์ วัชรศิริบรรลือ
ผู้วิจัย



อาจารย์ศุภกร วงศ์วัณญู, Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

สิริวัณ วังวร

อาจารย์สิริรัตน์ ถีลาจารย์, Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์กัณฑ์, D.N.S.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2554

..... วิสาล์ วัชรศิริบรรลือ

นางสาววิสาล์ วัชรศิริบรรลือ
ผู้วิจัย

..... นรลักษ์ นรลักษ์ เอื้อกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นรลักษ์ เอื้อกิจ,
ปร.ค. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary care)
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... สิริรัตน์ ถิลาจรัส

อาจารย์สิริรัตน์ ถิลาจรัส,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ศุภร วงศ์วาทัญญู

อาจารย์ศุภร วงศ์วาทัญญู,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F. A. C. E
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ศุภกร วงศ์ทัญญู ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสาลัง กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องและเสียสละเวลาตลอดมา และผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา มาศเกษม อาจารย์วรรณรัตน์ เจริญรุ่งเรือง นายแพทย์วุฒินันท์ พันธะเสน นายแพทย์สุกโชค เวชกัณฑ์เกสัช คุณสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก และคุณณิชาณี ชำรัมย์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครในหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัย ช่วยให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ผู้ที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้วิจัยตลอดการศึกษา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ขอบแต่ บุญการี คณาจารย์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้มีพระคุณทุกท่าน

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' ABILITIES IN STROKE PATIENTS' MEDICATION TAKING

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ 5136662 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศุภกร วงศ์ทัญญู, Ph.D. (NURSING), ลีริรัตน์ ถีลาจรัส, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

ปัจจัยพื้นฐานและระดับความสามารถของผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลสัมพันธ์การระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลหลักที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 100 ราย (ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง) ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเชิงโครงสร้าง ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2553 โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีบุตรเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในการวิเคราะห์สถิติไคส-แควร์พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์การระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในทางบวกในระดับต่ำและสัมพันธ์กับการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยในทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธ์การระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแล / โรคหลอดเลือดสมอง / ความสามารถของผู้ดูแล / ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล / การรับประทานยา

FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' ABILITIES IN STROKE PATIENTS' MEDICATION TAKING**WISA WATCHARASIRIBUNLUE 5136662 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D.
(NURSING), SIRIRAT LEELACHARAS, Ph.D. (NURSING)****ABSTRACT**

Caregivers' basic factors and caregivers' abilities are important in taking care of chronic patients, especially stroke patients. This descriptive study was aimed at examining caregivers' basic factors; relationship of caregivers and stroke patients, caregivers and family support, caregivers' stroke knowledge, and caregivers' ability in caring for stroke patients taking medication. One hundred caregivers (a purposive sampling) were recruited from five communities in Buriram Province, Thailand between October and November, 2010. Each participant had an interview together with a structural questionnaire. The ethics for human subjects were approved and patients were informed of the confidentiality and anonymity in participation. Descriptive, Chi-square, and correlational analyses were used to analyze the data. The results showed that most participants were females with the average age of 49 years and had a primary educational level. Most patients were taken care of their children. In Chi-square, there were no relationships of caregivers' abilities with gender, educational level, income, period of taking care of the patients, and health status. In Spearman's correlation, caregivers' ability in caring for patients' medication taking was positively related to the relationship between caregivers and patients at a low level and positively related to caregivers and family support at the moderate level. The study indicated that the relationship between caregivers and patients and caregivers and family support to patients were important variables in promoting the essence of helping patients to take medications effectively.

KEY WORDS: CAREGIVERS / CEREBROVASCULAR DISEASE / CAREGIVER'S ABILITIES CAREGIVERS' BASIC FACTORS / MEDICATION TAKING

170 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคหลอดเลือดสมอง	10
ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	23
หลักความปลอดภัยในการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ	24
ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	27
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	30
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา	33
- ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล	33
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	36
- การสนับสนุนทางสังคม	38
- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	58
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	65
การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย	65
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	66
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย	
โรคหลอดเลือดสมอง	67
การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	69
บทที่ 5 การอภิปรายผล	71
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	82
ข้อจำกัดในการวิจัย	85
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	107
รายการอ้างอิง	130
ภาคผนวก	146
ประวัติผู้วิจัย	170

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	59
4.2	จำนวน ร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	61
4.3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	65
4.4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของการสนับสนุนของผู้ดูแล และครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย	66
4.5	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	67
4.6	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	67
4.7	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	68
4.8	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	68
4.9	ค่าความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาใน การดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพ) กับความสามารถของผู้ดูแลในการ ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์	69
4.10	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ด้วยสเปียร์แมน	70

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ

หน้า

- 1.1 ภาพกรอบแนวคิดในการวิจัย

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดนพบว่าสาเหตุจากการเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันกับหลอดเลือดสมองแตกสัดส่วนเท่ากับ 9 : 1 (Erikson & Olsson, 2001) ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคที่พบบ่อยอยู่ในอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 610,000 รายและมีผู้ป่วยกลับเป็นโรคนี้ซ้ำอีกจำนวน 185,000 ราย โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่มากขึ้นในช่วง 1 ปี 5 ปี และ 10 ปีโดยพบร้อยละ 13.5, 38.7, 53.9 ตามลำดับ (Erikson & Olsson, 2001) ในปี พ.ศ 2553 ได้มีการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 73.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Lloyd-Jones et al., 2009) ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบบ่อยอยู่ในอันดับสี่ รองจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุตามลำดับ และมีความชุกของโรคสูงถึง 690 รายต่อประชากรแสนราย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยร้อยละ 80 เป็นชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อีกร้อยละ 20 เป็นชนิดหลอดเลือดสมองแตก (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) ในปี พ. ศ 2550 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 168,740 ราย และมีอัตราตายอยู่ที่ 20.8 รายต่อประชากรแสนราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาในประเทศไทยอยู่ระหว่าง 100,000 - 1,000,000 บาทต่อรายต่อปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ซึ่งมีการรายงานผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีในระหว่างปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 มีจำนวน 2,175, 2,254, 2,434 และ 2,868 รายตามลำดับและมีผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 193, 165, 253 และ 284 รายต่อปีตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2548 - 2551) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เช่น ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

(Wong, 1999) อายุ เชื้อชาติ เพศ และภาวะไขมันในเลือดสูง (Inagawa, 2007) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบบ่อย (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553; อกันตริ บัวเหลือง, 2553; อรุณี ศิริกังวาลกุล, 2545; อาทร รั้วไพบูลย์และคณะ, 2550) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอแตกง่ายและเลือดจับตัวกันเป็นลิ่มในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบในผู้สูงอายุร้อยละ 59.1 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และร้อยละ 61.4 - 87.3 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคอื่นป่วยร่วมด้วย (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; อรุณี ศิริกังวาลกุล, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่นป่วยร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาหลายชนิดเพื่อควบคุมโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552; อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550) การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันโดยขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีการรักษาด้วยยาคือการให้ยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสามารถลดอัตราการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 27 (Hamann, 2003; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคตลอดชีวิต (เอี่ยมพรสกุลแก้ว, 2551) ซึ่งการรักษาของแพทย์จะพิจารณาจากสาเหตุของโรคอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือดและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Hamann, 2003) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบกลับเป็นซ้ำ (วารภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ และคณะ, 2547) และจากงานวิจัยหนึ่งในประเทศไทยพบว่าการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 26.5 (วรณัฏฐ์ ประสารอริคม และคณะ, 2546) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (Dracup & Meleis, 1982) โดยการรักษาอย่างสม่ำเสมอซึ่งมีผลสำคัญในการช่วยลดการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, & Diener, 2003) ตลอดจนลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางระบบประสาท ส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงร้อยละ 68.7 และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีถึงร้อยละ 90.9 (นุกุล ตะขุนพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา, และนิตยา ตากวิริยะนันท์, 2537) อีกร้อยละ 52.9 มีความพร้อมของสมรรถภาพของสมอง (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Masskulpan, 2008) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในกระบวนการจำแนกตามการรับรู้ การแปลความหมาย ทำความเข้าใจ รวมถึงการตัดสินใจข้อมูล

ในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Petruseviciene & Krisciunas, 2008; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) รวมถึงผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2542) ส่วนผลกระทบทางด้านสังคม เช่นการติดต่อกับผู้อื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Masskulpan, 2008; ทศพร คำผลศิริ, 2548) และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มตามอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้นหรือตามจำนวนโรคที่ผู้ป่วยร่วมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยรายละ 3,117 บาทต่อเดือน (วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2542) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและเป็นภาระในการดูแลให้กับผู้ดูแล

ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองพบว่าร้อยละ 50 มีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (Murray & Lopez, 1997) อีกร้อยละ 20 ต้องมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2548) โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งร้อยละ 79.2 ของผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยที่บ้าน (วรรณ ประสารอริคม, วัฒวันย์ ประสารอริคม, สมพร โชติวิทยธารากร, และอารยา หาอุบลละ, 2546) และมีบทบาทในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วย (O'Connell & Baker, 2004; ฤทัย แสนดี ประยงค์ ถิมตระกูล และเดชา ทำดี, 2551) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงโรค (จาริก ธานีรัตน์, 2545) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการเตรียมผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมาย (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2550)

จากการศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (อารมณ บัญเกิด, 2540) สำหรับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่นในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหัวใจเลือดคั่ง พบว่าผู้ดูแลให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยการเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ปิรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, 2548) และจากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ วัณโรคและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) ระดับการศึกษา (เขวเรศ ดิคง, 2546) เพศ (ศิริพร อิททาคม, 2549) ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) และความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการจัดการ

ผลข้างเคียงของยา (อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ก่อให้เกิดความพิการและเป็นภาระการดูแลของครอบครัว ในการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคและกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาในการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในการจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการส่งเสริมเพื่อประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการวิจัย

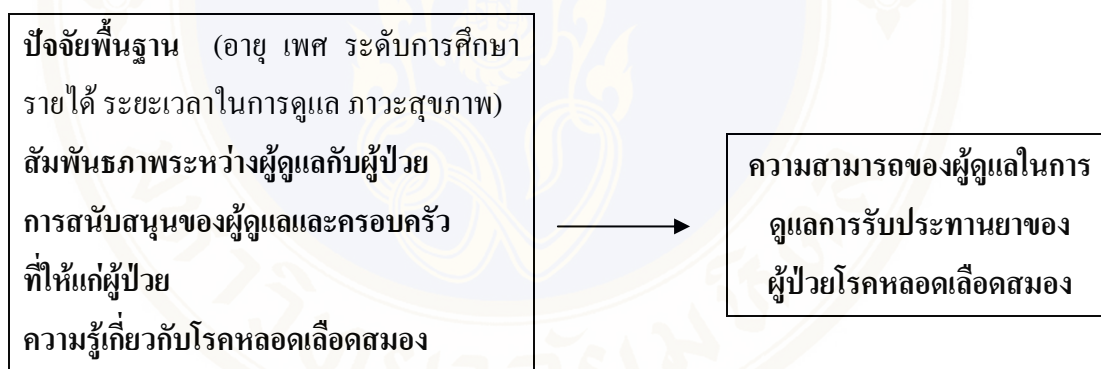
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) **อายุของผู้ดูแล** มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและมีพัฒนาการสูงสุดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1995) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) 2) **รายได้เฉลี่ย** แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่ใช้ในการแสวงหาสิ่งช่วยเหลือต่างๆในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) 3) **เพศ** ซึ่งเพศชายและเพศหญิงต่างมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลแก่ผู้ป่วย ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดหาผู้ดูแล (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒพานิช, 2537) จากการศึกษาที่ผ่านมา

พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549) 4) **การศึกษา** ทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาความรู้และเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ ดิคง, 2546) 5) **ระยะเวลาในการดูแล** ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) 6) **ภาวะสุขภาพ** เป็นโครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงการเจ็บป่วย ภาวะอารมณ์และความเครียดที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา (เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549) แต่ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ, 2550) 7) **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย** เป็นการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญ (จินทนา ชาญประโคน, 2550; ประกอบพร ทิมทอง, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) ตรงข้ามกับการศึกษาของเขาวเรศ ดิคง (2546) ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ 8) **การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม การศึกษาส่วนน้อยที่พบว่าเป็นการสนับสนุนจากผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ปิยรัตน์ นุ่มพิทักษ์พงศ์, 2548) และการสนับสนุนทางสังคม (ที่ผู้ดูแลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549) และการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) 9) **ความรู้เกี่ยวกับโรค** เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ความต้องการ

ของผู้ป่วย และสามารถเลือกวิธีการดูแลและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2540) จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรค พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ (อารยา นัตถะพนานิซ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งพบว่ามีตัวแปรที่น่าสนใจและยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐาน (อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องการรับประทานยา ดังเขียนแผนตามกรอบแนวคิดได้ดังนี้



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและ

ครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีสัมภาษณ์กับผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ใน 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ดูแลในเรื่องความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
2. เป็นข้อมูลในจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีความสัมพันธ์กันในฐานะสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ ทั้งนี้ไม่นับลูกจ้างประเภทได้รับค่าจ้างตอบแทน โดยเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน

อายุ หมายถึง อายุจำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

เพศ หมายถึง เพศของผู้ดูแลแบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินของผู้ดูแลที่ได้รับจากการทำงานหรือได้รับจากบุคคลอื่นแต่ละเดือน (คิดเป็นจำนวนบาท)

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับของการศึกษาสูงสุดที่ผู้ดูแลได้รับ

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นเดือนตั้งแต่วันที่ผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพของผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นมีและไม่มีโรคประจำตัว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในด้านการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือและยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกความมั่นคงในสัมพันธภาพ ซึ่งใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker (1983) แปลและดัดแปลงโดยเพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540)

การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา สามีภรรยา บุตรและญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของอรุพันธ์ อนุตตินาวิน (2539)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของอุมา จันทวิเศษและคณะ (2536)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วย วิธีการให้ยาถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี และประเมินอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากการทบทวนหลักการให้ยาและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. หลักความปลอดภัยในการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา
 - ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล
 - สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
 - การสนับสนุนทางสังคม
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง โดยกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีการอุดตัน ตีบหรือแตก (Markus, 2003; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้นๆ (Petruseviciene & Krisciunas, 2008)

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ (Pathological Classification) ออกเป็น 2 กลุ่มคือ

Ischemic stroke หมายถึงโรคหลอดเลือดสมองตีบตันซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันร้อยละ 80 (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) สาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตันคือ 1) เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งร่วมกับมีความดันโลหิตสูงเวลานานทำให้เกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อทุกชนิดที่ประกอบเป็นเนื้อสมอง มักพบการอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 อีกร้อยละ 20 มีการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) อาการแสดงของโรคจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองยังสามารถรับเลือดมาเลี้ยงชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และในช่วง 1 – 2 ปี พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) 2) เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (embolism) หมายถึงลิ่มเลือดเล็กๆลอยมา ตามกระแสเลือดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง เป็นลิ่มเลือดจากที่อื่น เช่นที่บริเวณหัวใจหรือลิ้นหัวใจ มักพบหลอดเลือดขนาดใหญ่อุดตันร้อยละ 20 ส่วนอาการแสดงของโรคมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแบบกะทันหัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ในกรณีหลอดเลือดสมองอุดตันร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (ร้อยละ 14 - 16) ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำในช่วง 2 สัปดาห์แรก ส่วนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (ร้อยละ 40) จะกลับเป็นโรคซ้ำได้ใน 1 เดือนแรก (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) 3) เกิดจากภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ส่วนใหญ่มักพบในผู้ที่เป็โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแล้วเกิดหลอดเลือดอักเสบ และอุดตันตามมาพบได้ร้อยละ 5 (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) สามารถแบ่งตามระยะเวลาของการดำเนินโรคได้ดังนี้ 1) Transient ischemic attack (TIA) คือความผิดปกติของระบบประสาทเป็นอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว ยังไม่เกิดการตายหรือความเสียหายของเนื้อสมองอย่างถาวร อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและจับพลัน โดยมีความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทเฉพาะที่ เกิดขึ้นช่วงระยะสั้น โดยความผิดปกติของระบบประสาทนี้จะหายเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง หากอาการขาดเลือดอยู่ที่ระบบหลอดเลือดแดง carotid จะเรียกว่า carotid TIA (ดิษยา รัตนกร และ เจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551) 2) Reversible ischemic neurological deficit (RIND) อาการเหมือน TIA แต่ความผิดปกติมักจะหายปกติภายในเวลาเป็นสัปดาห์ 3) Progressive stroke อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่กำลังดำเนินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลา 4) Complete stroke (established stroke) อาการที่ผู้ป่วยเป็นนั้นคงที่แล้ว (ศศิธร ศิริมหาราช, 2542)

Hemorrhage stroke หมายถึง ภาวะมีเลือดออกในสมองและเกิดสมองบวมตามมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) พบอุบัติการณ์การเกิดมีถึงร้อยละ 20 (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) โดยแบ่งชนิดเป็นหลอดเลือดสมองแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนชนิดหลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) เกิดเนื่องจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอลงจนเกิดเป็นกระเปาะ ที่มีเลือดซึมขังอยู่ (micro aneurysm) เมื่อมีความดันเลือดสูงขึ้นจากเดิมอย่างกะทันหัน จะทำให้กระเปาะแตกออกและมีก้อนเลือดมาแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองอักเสบและตายจากการขาดเลือด และทำให้เนื้อสมองรอบๆบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงได้ รวมทั้งไปกดศูนย์หายใจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ในที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงเป็นสภาวะหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแล้วทำให้มีแนวโน้มจะเกิดโรคหรือการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงในสมอง (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) ได้แก่ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factor) มีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของหลอดเลือดทำให้พบโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปีและจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงมากขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ 10 ปี (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (stroke in the young) อายุระหว่าง 15 - 45 ปีพบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคได้เพียงร้อยละ 3 - 5 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) จะเห็นได้ว่าอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

2. เพศ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักพบบ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) จากการศึกษาย้อนหลัง 1 ปีเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและหลอดเลือดสมองแตกในประเทศไต้หวันจำนวน 500,868 ราย พบว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตกในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 85 ปีพบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง (Chen, Lee, & Li, 2009) เมื่อป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงจะมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายกว่าเพศชาย (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) จากการศึกษาเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการคาดประมาณสาเหตุการตายที่บ้านและโรงพยาบาลของประชากรไทย พ.ศ. 2548 จำนวน 11,984 ราย พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตกในเพศหญิง ร้อยละ 11.3 มากกว่าเพศชายซึ่งพบร้อยละ 9.4 (วรางคณา ผลประเสริฐ และ เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2552)

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor) มีรายละเอียดดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดการยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย เช่น เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็กที่อยู่ลึกในสมองหรือเรียกว่า Lacunar infarction (Lammie, 2002) ถ้าผู้ป่วยที่มีอายุมากร่วมกับเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ (Lamb & Bradford, 2002) โดยมีความเสี่ยงเพิ่ม 3 - 17 เท่าของคนปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ที่มีการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปีจะมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดหลอดเลือดสมองขาดเลือดและหลอดเลือดสมองแตกได้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์และคณะ, 2546; แสงจันทร์ ทองมากและคณะ, 2541) โดยพบว่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอทจะเพิ่มความเสี่ยงมากกว่า 6 เท่าของคนปกติ (พัชรวิมล คุปต์นริตติยกุล, 2548) อีกทั้งภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีกด้วย (Friday, Alter, & Lai, 2002)

2. โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินจึงทำให้ผู้ป่วยมีน้ำตาลในกระแสเลือดมาก (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งและเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันตามมา (Almgren, 2005; อรุพันธ์ อนุวดีนาวัน, 2539) โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 เท่าของคนปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทรุดลงเนื่องจากทำให้เกิดเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2545)

3. โรคหัวใจ ทำให้มีลิ้มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่สมองได้ง่ายและทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (แสงจันทร์ ทองมาก และคณะ, 2541) ซึ่งลิ้มเลือดที่เกิดขึ้นมาจากความบกพร่องของลิ้นหัวใจหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) ซึ่งโรคหัวใจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 15 - 30 (Sila, 2006) ส่วนภาวะหัวใจเต้นพลิ้วจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20.3 และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Dulli, 2003) อีกทั้งพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีหัวใจห้องบนซ้ายโตร่วมด้วย (Caplan, 1986)

4. ไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่มี Low density lipoprotein cholesterol (LDL- C) สูง และค่า high density lipoprotein cholesterol (HDL- C) ที่ต่ำ มีผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเกิดอุดตันได้ง่าย (Sanossian & Tarlov, 2008) จะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่าของคนปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โรคหัวใจ

ขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของไตรกลีเซอไรด์ (ปรารธนา สติธวิภาวีและคณะ, 2545) และอายุที่มากขึ้นร่วมกับมีระดับโคเลสเตอรอลสูง (Mohr et al., 2004)

5. ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Transient ischemic attack: TIA) จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคนี้สูงกว่าคนปกติ (พัชรวิมล คุปต์นริตย์กุล, 2548) และเพิ่มการเกิดเป็นซ้ำของโรค 30 - 50 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคนี้ครั้งแรก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) หรือผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำของโรคได้ร้อยละ 29 (Jamieson, Parekh, & Ezekowitz, 2005)

6. จำนวนเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (Polycythemia) หรือภาวะเลือดข้นทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือเนื้อสมองตายเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง (Segura, Serena, Teruel, & Davalos, 2000; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับการมีภาวะเลือดข้น (higher hematocrit) จะทำให้ขนาดการตายของเนื้อสมองเพิ่ม (Allport et al., 2005; Segura, et al., 2000)

7. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งเป็นสาเหตุให้ไขมันเกาะเส้นเลือดใหญ่บริเวณคอที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552) และสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ผนังหลอดเลือดแข็ง ลดการยืดหยุ่น เพิ่มระดับไฟบริโนเจน เพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ลดระดับ HDL-C และทำให้มีภาวะหัวใจเต้นเร็วส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้นรวมทั้งทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ (ปรารธนา สติธวิภาวีและคณะ, 2545; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) และการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 18 หรือเพิ่มความเสี่ยงมากกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับปริมาณที่สูบและระยะเวลาที่สูบ กล่าวคือ ถ้าหยุดสูบบุหรี่ยานเกิน 5 ปี ก็ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติได้โดยการหยุดสูบบุหรี่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541)

8. การดื่มสุรา มีผลทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ คือเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตัน (thrombo embolism) ซึ่งการดื่มสุรายังมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยพฤติกรรมการดื่มสุราจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดหลอดเลือดสมองตีบตัน (1.99 เท่า) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มสุรา (Sundell, Salomaa, Vartiainen, Poikolainen, & Laatikainen, 2008) ดังนั้นการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

9. การขาดการออกกำลังกายมีผลทำให้เกิดโรคอ้วนและส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา (ศศิธร ศิริมหาราช, 2542) ถ้าออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (พัชรวิมล คุปต์นริตติยกุล, 2548) เนื่องจากสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ช่วยเพิ่มระดับ High density lipoprotein cholesterol และลดระดับ Low density lipoprotein cholesterol ได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541)

10. ภาวะอ้วน หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (กก./ตร.ม) ถือว่าอ้วน (ค่าปกติ 18.5 - 24.9 กก./ตร.ม) หรือเส้นรอบเอวของเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรหรือผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เนื่องจากความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (Kurth et al., 2002; Kurth et al., 2005) และดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและหลอดเลือดสมองแตก (Bazzano et al., 2010) แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการลดความอ้วนจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (สุกมัย สุนทรพันธ์, 2551) แต่การลดน้ำหนักมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงและโรคเบาหวานรักษาได้ง่ายขึ้น รวมทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย (พัชรวิมล คุปต์นริตติยกุล, 2548)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออก 3 ระยะดังนี้คือ 1) ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่โดยมีอาการอัมพาตทันทีแบบอ่อนปวกเปียกใช้เวลา 1 - 14 วัน และผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากปัญหาดังนี้คือ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติและระบบการหายใจผิดปกติ ในระยะนี้ถ้าระดับความรู้สึกตัวลดลงมากผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจะต่ำด้วย 2)ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในระดับที่เลวลง ความดันโลหิตค่อนข้างปกติ ในระยะนี้มักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหวและการพูด 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพที่มีเนื้อสมองตายหรือมีเลือดออก อาจมีอาการของแขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพาต สูญเสียความรู้สึก มีความผิดปกติในการพูดและมีการเปลี่ยนแปลงของรีเฟล็กซ์ต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนี้คือ

อาการเตือนผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองใหญ่ตีบ เช่น อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรืออัมพาตชั่วคราว

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมองเช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชักหมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง

อาการของอัมพาตอย่างสมบูรณ์ครึ่งซีก (Complete hemiplegia) อาจมีหรือไม่มีตาบอดครึ่งซีก หรือรู้สึกชาครึ่งซีกเนื่องจากเลือดออกมักจะเกิดบริเวณ Basal ganglia และบริเวณใกล้ internal capsule ถึง 2/3 ของผู้ป่วยเลือดออกทั้งหมดและบริเวณดังกล่าวนี้มี motor pathway ของสมองในแต่ละด้านจะไขว้กันก่อนที่จะลงมาไขสันหลังจึงทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับสมองที่เกิดพยาธิสภาพ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้อาการทุเลา และลดความพิการให้น้อยที่สุด รวมทั้งป้องกันการเกิดเป็นโรคซ้ำ (อรรถ เจริญฐานเมธา, 2550) ถ้าวิธีการรักษาที่รวดเร็วถูกต้องและเหมาะสมกับระยะของโรคที่เปลี่ยนแปลงจะมีความสำคัญต่อการฟื้นของกำลังกล้ามเนื้อ (พรชัย สติปัญญา, 2551) โดยมีแนวทางการรักษาดังนี้

การควบคุมและรักษาโรคปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Primary prevention) มีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา เพื่อลดการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองโดยสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าควรให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายไม่ว่าจะมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ (Geyer & Gomez, 2009) เพราะว่าการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับอ่อนถึงปานกลางจะสามารถลดอัตราเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ (ร้อยละ 30 - 40) และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 15 (สุมาลี วังชนากร, ชุติมา ผาดีดำรงกุล, และปาริณี คำจันทร์, 2551) โดยการใช้ยาในกลุ่ม diuretic ร่วมกับ angiotensin converting enzyme (ACEIs) จะลดการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rashid, Leonardi-Bee, & Bath, 2003) แต่ปัจจุบันการรักษาให้ความสำคัญกับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่าชนิดของยาที่ใช้ โดยมีเป้าหมายลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Friday, et al., 2002) หรือต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรัง (สุกมัย สุนทรพันธ์, 2551) ถ้าควบคุมความดันโลหิตได้จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Lamb & Bradford, 2002; Monkovsky & Ziegler, 2004) โดยค่าความดันโลหิตที่ลดลง 5.8 มิลลิเมตรปรอทสามารถลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 36 - 42 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541)

2. การควบคุมระดับไขมันในเลือด เป็นการควบคุมกลุ่มอาการที่มีระดับ HDL- C ต่ำ หรือ Triglyceride สูงโดยไม่เอาระดับ Total cholesterol และ LDL- C มาเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย (สุกมัย สุนทรพันธ์, 2551) เนื่องจากไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุให้เกิดหลอดเลือดแข็ง ถึงแม้ว่าระดับ LDL- C ไม่สูงก็ตาม (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550) และถ้าลดระดับ LDL- C จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Monkovsky & Ziegler, 2004; สุกมัย สุนทรพันธ์, 2551) หรือควบคุมอาหารหรือลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัวเมื่อค่าระดับไขมัน cholesterol เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) หรือไขมันชนิด LDL- C สูงเกิน 160 มก./ดล. (พัชรวิมล กุปต์นิริติศัยกุล, 2548) จึงควรควบคุมให้ระดับ LDL- C น้อยกว่า 100 มก./ดล. โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่หยุดยาหรือผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาควบคุมไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 2 - 3 เท่าและทำให้อาการทางระบบประสาททรุดลงหรือเกิดความพิการตามมา รวมทั้งทำให้เสียชีวิตได้มากถึง 4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รับประทานอย่างสม่ำเสมอ (Blanco, 2007) โดยขาดไขมันในเลือดชนิด LDL- C ที่ดีที่สุดคือยากลุ่มสแตตินส์เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากยาค่อนข้างน้อย (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) ซึ่งยาเหล่านี้ช่วยลดการเกิดเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550)

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) ซึ่งทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดการอุดตันในเส้นเลือดได้ง่ายมีผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับตามเป้าหมายสามารถป้องกันอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Monkovsky & Ziegler, 2004) โดยควบคุมให้น้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (นิจรี ชาญณรงค์, 2545) หรือควบคุมให้ค่า Hemoglobin A1c (HbA1C) น้อยกว่าร้อยละ 6.5 (วัลยา จงเจริญประเสริฐ, 2548) สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะคืออินซูลินโดยให้ระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7 - 7.9 (สุกมัย สุนทรพันธ์, 2551) ในกรณีระดับน้ำตาลในเลือดสูงควรพิจารณาให้ยาอินซูลินร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต เช่นการปรับพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารควรเลือกรับประทานผักและผลไม้ อาหารที่ไขมันต่ำและออกกำลังกายเพื่อเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรวมทั้งป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (EI-Atat, 2005)

4. การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว จากหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอและมีเกิดลิ่มเลือดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยภาวะหัวใจเต้นพลิ้วมีสาเหตุจากอัตราหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตตัวบนมากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (Thomas et al., 2008) จึงควรควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย จาก

การศึกษาที่ผ่านๆพบว่า การควบคุมความดันโลหิตและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 68 (Sila, 2006) ควรประเมินการทำงานของหัวใจด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน (ศศิธร ศิริมหาราช, 2542)

Acute management เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อาการนานไม่เกิน 3 ชั่วโมง (Hyper acute stroke) โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดได้แก่ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA ; alteplase) ทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ เพื่อให้มีเลือดกลับมาเลี้ยงสมองให้เร็วที่สุด (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) ขนาดยาที่ให้คือ 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดสูงสุดให้ได้ไม่เกิน 90 มิลลิกรัมโดยแบ่งยาร้อยละ 10 ให้ยาทางหลอดเลือดดำ (intravenous bolus) ฉีดซ้ำๆและที่เหลือให้หยดทางหลอดเลือดดำจนหมดภายใน 1 ชั่วโมงและควรสังเกตอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือเลือดออกจากกระเพาะอาหารหรือเลือดออกในสมองอย่างใกล้ชิด (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553; นิจศรี ชาญณรงค์, 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายใน 3 ชั่วโมงทำให้ระดับความรุนแรงอาการของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ฐกรรต์ ชัยสาม, 2550)

Long term management เป็นการรักษาระยะยาวมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคและลดความพิการ (นิจศรี สุวรรณเวลา, 2540) การรักษาด้วยยาที่นิยมใช้ ได้แก่

1. แอสไพริน (Aspirin) เป็นยาต้านเกล็ดเลือดที่มีประสิทธิผลของยาสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งชนิด primary และ secondary stroke (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544) และลดการเกิดเป็นซ้ำของโรคได้ถึงร้อยละ 27 (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2541) ขนาดยาที่ใช้ 50 - 325 มิลลิกรัมต่อวันจะสามารถลดการเกิดโรคนี้ซ้ำในระยะแรกได้แต่ขนาดยาที่สูงกว่านี้ไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพแต่จะเกิดอาการข้างเคียงของยามากขึ้น เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร

2. Clopidogrel ซึ่งเป็นยาที่สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้ดีกว่ายาแอสไพรินถึงร้อยละ 8 - 10 (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2541; อรุณี ศิริกังวาลกุล, 2545) ขนาดยาที่ใช้ 75 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้าใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับยาแอสไพรินจะเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคดีขึ้น แต่จะมีความเสี่ยงของมีเลือดออกผิดปกติ (Kirshner, 2007) และอาการข้างเคียงของยา เช่น มีผื่นผิวหนัง ท้องเสีย และเม็ดเลือดขาวต่ำ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2545)

3. Ticlopidine เป็นยาที่มีฤทธิ์ด้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดที่สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบตันได้ดีเทียบเท่าหรือดีกว่ายาแอสไพรินร้อยละ 21 ขนาดที่ใช้คือ 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง มีอาการข้างเคียงคือ เม็ดเลือดขาวต่ำ (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553; นิจศรี ชาญณรงค์, 2545)

4. Dipyridamole เป็นยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดที่ให้ร่วมกับยาแอสไพรินจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ดีกว่าการให้ยาแอสไพรินอย่างเดียว อาการข้างเคียงที่พบคือ ปวดศีรษะ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2545)

5. ยาต้านลิ่มเลือด (Anticoagulants) เพื่อใช้รักษาหลอดเลือดอุดตันที่เกิดจากลิ่มเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ ยากลุ่มนี้ได้แก่ วาร์ฟาริน (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553; นิจศรี ชาญณรงค์, 2544) ส่วนใหญ่แพทย์ให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือนแล้ว หลังจากนั้นจะเปลี่ยนให้ยาแอสไพรินซึ่งมีฤทธิ์ลดการอักเสบของหลอดเลือดแทน (Monahan & Neighbors, 1988) เนื่องจากยาวาร์ฟารินมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองจึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรับประทานยาวาร์ฟาริน ถ้าค่า INR (International normalized ratio) > 6 มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง และถ้าค่า INR < 1.5 อาจเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (อมรรัตน์ แพ่งไรสง, อริย์สร จิระเพิ่มพูน, อุบลวรรณ สะพู, และวารุณี ลิ้มพวงสารักษ์, 2552) ดังนั้นควรตรวจหาค่า INR ภายใน 1 - 2 สัปดาห์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาในครั้งแรก หลังจากนั้นควรตรวจค่า INR ทุก 1 - 3 เดือนเพื่อปรับขนาดยาให้ได้ค่า INRให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมคือ 2 - 3

การรักษาและป้องกันโดยวิธีผ่าตัด (Surgical management) ซึ่งการผ่าตัดจะใช้ในกรณีที่ มีหลอดเลือดสมองตีบตันของเส้นเลือดบริเวณคอ (extracranial internal carotid artery stenosis) มากกว่าร้อยละ 70 ควรพิจารณาทำการผ่าตัด carotid endarterectomy ซึ่งการผ่าตัดอาจช่วยรักษาพยาธิสภาพของหลอดเลือดได้ (นิจศรี สุวรรณเวลา, 2540) เพราะว่าการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการตีบตันของหลอดเลือดที่บริเวณคอจากการตีบแคบของหลอดเลือดตั้งแต่ร้อยละ 50 - 99 พบว่าการผ่าตัดนั้นได้ผลดีกว่าการรักษาทางยา แต่มีข้อแม้ว่าศัลยแพทย์ต้องมีความชำนาญ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541)

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความผิดปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ร้อยละ 51.7 โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สุธาพร ขจรฤทธิ์, 2547) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1. การติดเชื้อจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) เนื่องการทำหน้าที่ของสมองสูญเสียหน้าที่ควบคุมการกลืนหรืออาจสูญเสียกลไกการสำลัก (gag reflex) จึงมีโอกาสดูดอาหารจากหลอดอาหารลงสู่ปอด (วิไล คุปต์นิริติชัยกุล, 2553) ซึ่งเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจโดยมี

อาการคือไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อยเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ผู้ดูแลควรดูแลก่อนให้อาหารกับผู้ป่วยโดยจัดทำศีรษะสูง 45 องศาและเลือกอาหารที่หนืดข้นคล้ายอาหารป้อนทารกหรือเยลลี่ แล้วค่อยเปลี่ยนเป็นอาหารเหลวเมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ รวมทั้งฝึกกลืนและฝึกการทำงานอย่างประสานงานของกล้ามเนื้อด้วยการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อปาก ลิ้นและขากรรไกร (กฤษณา พิรเวช, 2550)

2. กล้ามเนื้อเกร็งและข้อยึดติด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดได้อาจต้องพิจารณาให้ยาลดเกร็ง (กฤษณา พิรเวช, 2550) ส่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบและข้อยึดติดได้ควรออกกำลังกายเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ เช่น การบริหารข้อ (Passive range of motion exercise) และดูแลความสุขสบายด้วยการจัดท่านอนให้ถูกต้อง (วิไล คุปต์นริตติศกุล, 2553)

3. ข้อไหล่เคลื่อน (Shoulder Subluxation) ซึ่งเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ หัวไหล่ร่วมกับการสูญเสียความตึงตัวของเอ็นและเยื่อหุ้มข้อ ทำให้กระดูกต้นแขนเคลื่อนออกจากเบ้า ถ้ามีแรงโน้มถ่วงทำให้กระดูกข้อไหล่เคลื่อนออกมาได้ง่าย (กฤษณา พิรเวช, 2550) ผู้ดูแลต้องพยุงแขนผู้ป่วยทุกครั้งไม่ดึงแขนผู้ป่วยในขณะที่เปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

4. แผลกดทับ เกิดจากแรงกดสูงๆเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นไม่สะดวกและเกิดเนื้อตายขึ้น (กฤษณา พิรเวช, 2550) ในผู้ป่วยวัยสูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ ดังนั้นการป้องกันการเกิดแผลกดทับคือ ต้องเลือกที่นอนให้เหมาะสม เช่น ที่นอนน้ำ ที่นอนลม ดูแลให้ผู้ป่วยเรียงียงตัว ไม่ตากผิวหนังขณะเปลี่ยนท่า ควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เช่น ความชื้นและของผิวหนัง ภาวะทุพโภชนาการและภาวะช็อค (วิไล คุปต์นริตติศกุล, 2553) ตลอดจนดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบ่อยๆทุก 1 - 2 ชั่วโมงและดูแลความสะอาดผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้นเป็นเวลานาน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

5. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ เป็นการคั่งของเลือดในระบบไหลเวียนเลือดเนื่องจากร่างกายขาดน้ำจึงทำให้เลือดข้นมากกว่าปกติ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะขาดกลไกสำคัญในการดันเลือดให้กลับเข้าสู่หัวใจเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจึงทำให้กล้ามเนื้อไม่มีการหดตัวจึงทำให้มีเลือดคั่งในระบบการไหลเวียนเลือดหรือมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดดำได้ (วิไล คุปต์นริตติศกุล, 2553)

6. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรือปัสสาวะคั่งค้าง ปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งเกิดจากรอยโรคในสมอง ในระยะแรกมักต้องใส่สายสวนปัสสาวะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นการดูแลเพื่อลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต้องเปลี่ยนสายสวนทุก 3 - 4 สัปดาห์ด้วยวิธีปลอดเชื้อ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอและระมัดระวังการไหลย้อนของปัสสาวะกลับสู่กระเพาะปัสสาวะ (วิไล คุปต์นริตติศกุล, 2553)

7. การล้ม (Falling) เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากประกอบกับมีภาวะอัมพาตครึ่งซีกจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ควรประเมินความเสี่ยงและหาแนวทางป้องกัน เช่น จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่เปียกชื้น หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ทำให้ง่วงและสับสน (กฤษฎา พิรเวช, 2550)

8. ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการทางจิตเวชพบได้ร้อยละ 45 หลังป่วยนาน 6 เดือน (กฤษฎา พิรเวช, 2550) และพบได้ร้อยละ 26 - 60 ในระยะเวลา 2 ปีแรกหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2542) เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้จดจำ ตอบสนองและความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังนั้นการได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัวและปรับสภาพแวดล้อมต่างๆ จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยไม่รุนแรง แต่ถ้ามีอาการรุนแรงควรพบจิตแพทย์เพื่อรับยาลดอาการซึมเศร้า (กฤษฎา พิรเวช, 2550)

จะเห็นได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นจะเพิ่มความรุนแรงของโรคกับผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ผู้ดูแลจำเป็นต้องคอยดูแลช่วยเหลือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะสมองทำงานผิดปกติที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายได้แก่ 1) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาตของใบหน้า และกล้ามเนื้อรอบปาก ลิ้นและเพดาน ปากเบี้ยว น้ำลายไหลออกมาทางมุมปากทำให้การเคี้ยวกลืนลำบากมีโอกาสดำลักได้ง่ายถึงร้อยละ 59 (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยการ, และทวีศักดิ์ศิริพรไพบูลย์, 2550) ดังนั้นการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหวให้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกให้กลับมาใกล้เคียงปกติจะต้องใช้เวลานานประมาณ 1 – 7 ปี 2) การสูญเสียด้านการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสความเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น 3) ปัญหาเกี่ยวกับการพูด การอ่าน การคิด การคำนวณ มักพบในผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ส่วนผู้ป่วยอัมพาตซีกซ้ายไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดแต่อาจมีการพูดไม่ถูกต้องเหมาะสมกับเวลาหรือสถานที่ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนาภาไพศาล, 2552) 4) มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา เช่น ความคิดสับสน ความทรงจำและความสนใจสั้น มีความผิดปกติด้านการคิดคำนวณและการใช้เหตุผล การตัดสินใจแย่ง บางรายมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วยทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง 5) ความผิดปกติด้านการ

จับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนปัสสาวะ มีผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าดื่มน้ำมากจึงอาจมีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544) และผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวลดลง การดื่มน้ำน้อย และรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (นันทพร ศรีนัม, 2544)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายจึงเกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้าพบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 92) ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำร่วมกับผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยมีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงและช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมได้ดี (จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา, 2548) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังมีผลต่อผู้ป่วยทำให้มีการรับรู้ลดลงและขาดความร่วมมือในการรักษาไม่ใส่ใจต่อการรับประทานยา รวมทั้งการถ่ายภาพบำบัดจึงทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้ากว่าปกติ (จุฑาภาณี สุทธิสีสังข์, 2547) 2) ความกลัว เป็นพฤติกรรมทางจิตปกติของมนุษย์ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียดอาจแสดงออกในลักษณะกลัวตาย กลัวความพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทรมาน กลัวเป็นโรคซ้ำและกลัวถูกทอดทิ้ง 3) ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่ไม่มีความแน่นอนทำให้เกิดความกดดันมีผลทำให้เปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจและความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 4) เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และความพึงพอใจในตนเอง จากภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงและรู้สึกลดลงว่าตนเองไม่มีคุณค่าตลอดจนไม่สามารถเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคตได้ เช่น ความรุนแรงของโรคหรือความตาย จึงทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตต่อไป 5) ความเครียดเกิดขึ้นได้เนื่องจากความพิการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตต้องพึ่งพาผู้อื่น (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548) เพราะผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่เข้าใจและรับรู้ปัญหา ให้กำลังใจ ความรักและเอื้ออาทร รวมทั้งการได้ระบายความคับข้องใจ

3. ด้านสังคม เนื่องจากความบกพร่องทางร่างกายประกอบกับภาวะความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยทำให้การทำหน้าที่หรือการมีบทบาทในครอบครัวตลอดจนการทำงานลดลงและโอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นลดลงเช่นกัน (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549)

4. ด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้รอดชีวิตเพศชายที่ทำหน้าที่หารายได้ให้ครอบครัวไม่สามารถกลับไปทำงานตามเดิม (Murray & Harrison, 2004) และการเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเพราะต้องรับการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานโดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนรายละ 3,117 บาท และจะเพิ่มขึ้นตามอาการของโรคหรือตามจำนวนโรคที่ป่วยร่วมเพิ่มขึ้น (วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2542)

จะเห็นได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาในด้านต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและมีภาวะพึ่งในการดูแลเพื่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องกลายสภาพเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองและต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลที่จำเป็นในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้

1. คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำ อาหารและอากาศที่เพียงพอ โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทั้งด้านปริมาณและคุณภาพอย่างเพียงพอ (อารมณฺ์ บุญเกิด, 2540) เช่น ผักสีเขียวและผลไม้รสเปรี้ยวจะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันโรคนี้ได้ (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) ในกรณีผู้ป่วยเบื่ออาหารควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบและให้น้ำรับประทาน รวมทั้งแบ่งมื้ออาหารวันละ 5 - 6 ครั้งให้บ่อยครั้งขึ้นแต่ในปริมาณน้อยและควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2548)

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ เมื่อผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านอาจพบปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราว ผู้ป่วยต้องฝึกขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง หรืออาจต้องสวนสายปัสสาวะให้ในระยะแรก (สุคติริ หิรัญขุนหะ, 2541) และปัญหาท้องผูกควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารกากใยสูง (อารมณฺ์ บุญเกิด, 2540) จัดตารางเวลาในการขับถ่ายให้เหมาะสม หรืออาจให้ยาระบายเมื่อจำเป็น (วิษณุ กัมมรทิพย์, 2548)

3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างกิจกรรมและการพักผ่อน โดยให้การดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีเวลาพักผ่อนในเวลา que ผู้ป่วยตื่นนอนควรจะมีกิจกรรมให้กระทำแต่ควรจะมีเวลาพักเป็นระยะๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ เช่น การนอนกรนร่วมกับมีอาการหายใจผิดปกติในขณะหลับเนื่องจากการหายใจเข้าออกที่เป็นจังหวะทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของเพดานอ่อนและลิ้นไก่เป็นเสียงกรนร่วมกับการตีแบคของช่องทางเดินหายใจ และอาจมีอาการหายใจผิดปกติร่วมด้วย ถ้ามีอาการมากขึ้นจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและระดับออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง ถ้ามีความผิดปกติดังกล่าวควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะช่วยให้คุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด จึงควรปรับท่านอนให้นอนตะแคงและใช้หมอนดันหลัง ซึ่งในบางรายอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องปรับแรงดันบวก (Continuous Positive Airway Pressure) เพื่อแก้ไขปัญหการหยุดหายใจในขณะนอนหลับ (วรกต สุวรรณสถิตย์, 2546)

4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยขาดการเข้าสังคมกับผู้อื่นเป็นผลจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง เช่น พูดไม่ชัด ไม่เข้าใจภาษาและคำพูดในการสื่อสาร ขาดสมาธิ มีความจำเสื่อม ดังนั้นผู้ป่วยต้องการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิดอารมณ์เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและดำรงชีวิตได้อย่างตามปกติเช่นเดิม (สุคติสิริ หิรัญขุนหะ, 2541)

5. ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัวและการควบคุมการเคลื่อนไหว จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง (สุคติสิริ หิรัญขุนหะ, 2541) สังเกตอาการผิดปกติในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วยจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติเพื่อช่วยเหลือแก้ไขได้ทันเวลาที่และไม่เกิดอันตรายต่อชีวิต (อารมณ์ บุญเกิด, 2540) และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเองโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ซึ่งการพัฒนาตนเองนั้นมีความสำคัญต่อการกลับไปดำเนินชีวิตได้ดังเดิม โดยที่ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและระดับความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้ ความจำและความสามารถในการแก้ปัญหา (สุคติสิริ หิรัญขุนหะ, 2541)

จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเองจึงมีความต้องการการดูแลตนเองที่มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่นการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ดูแลต้องคำนึงถึงหลักความปลอดภัยในการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพดังนี้

หลักความปลอดภัยในการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการให้ยากับผู้ป่วยเพื่อการรักษาและบรรเทาอาการโดยเน้นให้ความสำคัญ ในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาหรือปัญหาที่เกิดจากการให้ยา (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551; สุภาณี เสนาดิสัย และ เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา, 2544) จึงต้องคำนึงถึงการให้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัยดังนี้คือ

1. การให้ยาถูกคน (right person) เป็นการให้ยาถูกต้องกับบุคคลที่ต้องใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เฉพาะเจาะจงกับบุคคลเนื่องจากยาที่ใช้ในแต่ละชนิด แต่ละขนาดย่อมเหมาะกับอาการของโรคในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน โดยพบว่าคนส่วนใหญ่จะมีการตอบสนองต่อยาคล้ายคลึงกันแต่ความไวต่อการตอบสนองต่อยามีความแตกต่างกันไปตามอายุ น้ำหนักและเพศ (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551) ดังนั้นไม่ควรใช้ยาของบุคคลอื่นเพราะอาจทำให้มีโอกาสด้านยาเกินขนาดและเกิดอันตรายขึ้นได้ (เกษมกล ภิบาลวงษ์, 2549)

2. การให้ยาถูกชนิดของยา (right drug) คือชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับต้องตรงกับโรคและอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีโรคอื่นร่วมด้วยจึงทำให้ใช้ยาเฉลี่ย 6.4 ชนิดได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 96) ยาลดความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91) ยาลดไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 73) และยารักษาเบาหวานมีร้อยละ 25 (Hamann, 2003) จะเห็นได้ว่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคมีหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มโรคใช้ยาหลายชนิดที่ผลิตขึ้นมีความแตกต่างในส่วนประกอบของยาอาจทำให้เกิดการบริหารยาผิดพลาดได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาให้ถูกชนิดเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยา

3. การให้ยาถูกวิธิต่าง (right route) เนื่องจากการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายมีหลายวิธี เช่น การรับประทาน การฉีด การทา การหยอด การป้าย การเหน็บ การพ่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ดังนั้นก่อนให้ยาผู้ดูแลควรอ่านฉลากยาเพื่อให้ทราบวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่นวิธีการรับประทานยาเม็ดหรือยาแคปซูลต้องกลืนยาทั้งเม็ด และ ไม่เคี้ยวเม็ดยาหรือแกะยาออกจากแคปซูล ยกเว้นยาที่เขียนว่าเคี้ยวก่อนกลืน เช่นยาลดกรดเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี หากเป็นยาน้ำควรเขย่าก่อนใช้ทุกครั้งเพื่อให้ตัวยาระบายทั่วขวด ถ้าเป็นยาผงที่ระบุจะให้ละลายน้ำก่อนรับประทานก็ควรละลายน้ำก่อนและดื่มน้ำตามเพราะยาอาจจะทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหารได้ (มนัส พงศ์ชัยเดชา, 2549)

4. การให้ยาถูกขนาด (right dose) คือจำนวนยาที่เข้าไปในร่างกายเพื่อทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดและขนาดยาของแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากันซึ่งแตกต่างกันไปตาม อายุ น้ำหนัก ร่างกาย และความรุนแรงของโรค (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551) ดังนั้นควรรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง เนื่องจากการเพิ่มขนาดยาอาจทำให้เกิดอาการพิษของยาเพิ่มขึ้น (เกษมกล ภิบาลวงษ์, 2539) เช่นการใช้ยาลดความดันโลหิตในขนาดที่สูงจนเกิดความดันโลหิตต่ำมาก หรือการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดในการรักษาเบาหวาน หากใช้ยาเกินขนาดจะทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปจนเกิดภาวะช็อกได้

5. การให้ยาถูกเวลา (right time) หมายถึง ช่วงห่างการให้ยาจะทำให้การใช้นั้นๆ ได้ผลตามต้องการ ซึ่งยาแต่ละชนิดมีจำนวนการใช้ต่อวันไม่เหมือนกัน ดังนั้นช่วงห่างการให้ยาเป็น

สิ่งสำคัญ หากใช้ยาไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551) เมื่อลิ้มรับประทานยาหากนึกได้ ให้รีบรับประทานยาในมือที่ลิ้มทันที หลังจากนั้นให้รับประทานยาเมื่อต่อไปตามเวลาเดิม แต่ถ้าลิ้มรับประทานยาที่นึกได้ในเวลาใกล้เคียงกับเวลาการใช้ยาตามปกติครั้งต่อไป ควรรับประทานยาตามกำหนดเวลาครั้งต่อไปตามปกติ โดยไม่รับประทานยาเมื่อที่ลิ้ม เพราะอาจได้รับยาเกินขนาดและเกิดพิษของยาได้ นอกจากนี้ยาที่ให้ตามเวลาบางชนิด เช่น ให้ก่อนอาหารประมาณ 15 - 30 นาที บางชนิดให้หลังอาหารอย่างน้อย 15 นาที สำหรับยาเอสไพรินควรรับประทานหลังอาหารทันที เนื่องจากเกิดระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อกระเพาะอาหาร ทำให้ปวดท้องและคลื่นไส้ได้ (เจริญ ตรีศักดิ์, 2550)

6. การให้ยาถูกต้องด้านเทคนิค (right technique) คือการใช้เทคนิคที่เหมาะสมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา เนื่องจากการบดยาหรือการเคี้ยวจะมีผลต่อทั้งประสิทธิภาพ ของยาและอันตรายจากยาได้ เพราะว่ายบางชนิดต้องเคี้ยวเพื่อให้เม็ดยาแตกตัวเร็ว กระจายตัวดี ละลายได้ดี ออกฤทธิ์ได้ดีและเร็วขึ้น เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหารจำพวกยาไซเมทิกอน (simethicone) ส่วนในแง่อันตรายจากการเคี้ยวหรือบดยา เช่น ยาเม็ดหรือแคปซูลเนื่องจากเม็ดยาที่ถูกเคลือบไม่ให้แตกตัวที่กระเพาะอาหารซึ่งอาจจะคายเคืองกระเพาะอาหารจึงเคลือบเอนเทอริก (enteric coated) ให้แตกตัวที่ลำไส้เพื่อยาค่อยๆแตกตัวและออกฤทธิ์ได้เป็นเวลานาน ถ้าเคี้ยวหรือบดยาจะทำให้ยาแตกตัวออกมาที่เดิยทั้งหมดและทำให้การออกฤทธิ์รักษาล้น มีปริมาณยาขนาดสูง จากการแตกตัวทันทีทันใดทำให้มีโอกาสดเกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือได้รับยาเกินขนาดได้ (เจริญ ตรีศักดิ์, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาการกลืน จึงควรกลืนยาเป็นเม็ดไม่ควรบดหรือละลายน้ำเพราะจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่สม่ำเสมอ (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2548)

7. ไม่ควรให้ยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพเนื่องจากเป็นยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดโรคเนื่องจากการเก็บยาไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่งจะมีตัวยบางส่วนสลายตัวไปซึ่งไม่เป็นประโยชน์ในการรักษาและยังก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551) ถ้าการเปลี่ยนแปลงของยาที่เปลี่ยนจากลักษณะภายนอกจะสามารถสังเกตได้ชัด แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของยาจะไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ ดังนั้นควรตรวจสอบยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุก่อนรับประทานทุกครั้งด้วยวิธีการอ่านฉลากยาและเอกสารกำกับยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการให้ยา (มนุષ โลหิตนาวิ, 2549)

8. การหักแบ่งเม็ดยา (Tablet splitting) อาจก่อให้เกิดปัญหาการได้รับยาปริมาณต่ำหรือสูงเกินไป เนื่องจากไม่สามารถหักยาออกสองส่วนได้เท่ากัน นอกจากนี้การหักเม็ดยามีผลต่อการแตกตัวของยา อัตราการละลายของตัวยาคและความคงสภาพของยา ดังนั้นควรตรวจสอบว่า ยาแต่ละชนิดสามารถหักแบ่งยาได้หรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้ยามากที่สุด (จินคณา บุระณะโอสถ และสรายุทธ จันทรมหเสถียร, 2550)

9. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วย ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาและเกิดขึ้นแม้ใช้ยาในขนาดของการรักษาปกติ โดยฤทธิ์ของยาที่เกิดขึ้นนี้อาจไม่ใช่ฤทธิ์รักษาที่ต้องการ (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551) เช่นในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือดหรือยาด้านเกล็ดเลือดผู้ดูแลจึงควรสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย การปวดแสบท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มากผิดปกติ ถ่ายดำหรือปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2548) ส่วนการแพ้ยาของผู้ใช้ยามีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 ซึ่งอาการแพ้ยาระดับน้อย คือ ผื่นแดงคัน บางรายอาจมีริมฝีปากบวม หน้าบวม หงุดหงิด ผื่นพุพอง แต่ถ้ามีอาการรุนแรงมากขึ้นอาจทำให้ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลม ความดันเลือดต่ำ ชีพจรเต้นผิดปกติ หายใจหอบเหนื่อย ช็อกและถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นควรหมั่นสังเกตสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดระหว่างการให้ยา (วิรัตน์ ทองรอด, 2549) ถ้าสงสัยว่ามีอาการแพ้ยาควรหยุดรับประทานยาทันทีและนำยาทุกชนิดที่รับประทานไปพบแพทย์ทันที (มณีวรรณ สุขสมทิพย์, 2551)

จะเห็นได้ว่าการให้ยากับผู้ป่วยที่ถูกต้องมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุดและส่งผลให้มีการฟื้นหายของโรค ลดความพิการ ตลอดจนลดการกลับเป็นโรคซ้ำและลดการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาด้วยยาต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นสำคัญเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีโดยมีผู้ให้ความหมายของการให้ความร่วมมือไว้ดังนี้ เดวิด (Davis, 1968) ให้ความหมายความร่วมมือ (adherence) หมายถึง การยอมเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามความต้องการของผู้อื่น และดราคุปและมิลีส (Dracup & Meleis, 1982) ให้ความหมายความร่วมมือ หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ และออสเทอเบิร์กและบลาสเชก (Osterberg & Blaschke, 2005) ให้ความหมายความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) หมายถึง การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พอสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยการรับประทานยาต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ให้เหมาะสมกับภาวะของโรค

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศแคนาดา โดยวิธีการสอบถามร่วมกับให้ผู้ป่วยบันทึกรายงานการใช้ยาด้วยตนเอง (Self reported) หลังจำหน่าย 6 - 12 เดือนจำนวน 681 ราย พบว่าผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาสม่ำเสมอค่อนข้างสูงร้อยละ 90 (Lummis, Sketris, Gubitz, Joffres, & Flowerdew, 2008) ในประเทศจีนได้ศึกษาด้วยวิธีการสอบถามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยจำนวน 472 ราย หลังจำหน่าย 1 ปี พบว่าร้อยละ 36.4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดอย่างสม่ำเสมอ (Wang, Wu, Ma, Wang, & Zhao, 2006) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา ส่วนประเทศเยอรมันได้ศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลัน (acute stroke) และโรคหลอดเลือดที่เกิดขึ้นชั่วคราว (Transient ischemic attack) ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท 23 แห่งจำนวน 3,420 ราย โดยวิธีการสอบถามหลังจำหน่าย 3 เดือนและ 1 ปี พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยาแอสไพรินหลังจำหน่าย 3 เดือนและ 1 ปี มีร้อยละ 92, 84 ตามลำดับ ส่วนความสม่ำเสมอในการใช้ยาชนิด Clopidogrel มีร้อยละ 81.6, 61.6 และความสม่ำเสมอในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulation) มี ร้อยละ 85.2, 77.4 ตามลำดับ (Hamann, 2003) จะเห็นได้ว่าชนิดของยาที่ใช้และระยะเวลาที่ใช้ยาหลังจำหน่ายมีผลต่อระดับความสม่ำเสมอในการใช้ยา

จากการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยาจำนวน 150 ราย พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอมีร้อยละ 77.3 (อรุณี ศิริกั้งวาลกุล, 2545) และการศึกษาของ วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร และนลินี พสุคันธภัก (2543) โดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 122 ราย และผู้ป่วยรายที่เป็นโรคซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 49 ราย ที่สถาบันประสาทวิทยา พบว่าผู้ป่วยรายใหม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 69.7 และในรายกลับเป็นโรคซ้ำรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 57.1 จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 22.7 - 42.9 (วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร และนลินี พสุคันธภัก, 2543; อรุณี ศิริกั้งวาลกุล, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับร่วมมือในการรักษาและปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาในประเทศจีนโดยวิธีการสอบถามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 472 รายพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่สม่ำเสมอมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.7 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ตัดสินใจปรับเปลี่ยนยาด้วยตนเองและมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อีกร้อยละ 38.3 ของผู้ป่วยที่มีความคิดเห็นที่ผิดที่ว่ายามีประโยชน์ในการช่วยให้โรคดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เห็นความสำคัญในการรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งมีร้อยละ 29 และผู้ป่วยลดขนาดยาเองมีร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยหยุดยาเองมีร้อยละ 4.9 ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยยามีร้อยละ 3.7 และอีกร้อยละ 7.4 ของผู้ป่วยที่หยุดยาเองเนื่องจากผลข้างเคียงของยา (Wang, et al., 2006) จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 261 ราย (ทั้งนี้ 38 รายเป็นผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการใช้ยามีหลายสาเหตุคือวัยสูงอายุ ($r = 4.1, p = .04$) มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยามากกว่า 4 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา ($r = 27.8, p = .00$) การได้รับยา 5 ชนิดขึ้นไป ($r = 15.8, p = .00$) และการได้รับยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ($r = 5.0, p = .02$) ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเกิดปัญหาในการใช้ยาและโดยผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ชนิด ขึ้นไปส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) อีกทั้งพบว่าร้อยละ 65.9 ของผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา และผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา มีถึงร้อยละ 46.7 (เบญจมาศ เลปวิทย์, 2543) จากการศึกษาย้อนหลังของ วรณัน ประสารอริคม และคณะ (2546) เกี่ยวกับการบริหารยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวที่บ้านจำนวน 234 ราย พบปัญหาในการใช้ยาผิดทั้งขนาดและเวลา มีร้อยละ 75 ผู้ป่วยไม่รับประทานยา มีร้อยละ 39 ผู้ป่วยรับประทานยาผิดขนาด มีร้อยละ 26 ผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา มีร้อยละ 5 ผู้ป่วยรับประทานยาผิดเทคนิค มีร้อยละ 4 การให้ยากับผู้ป่วยซ้ำ มีร้อยละ 4 ผู้ป่วยซื้อยารับประทานเอง มีร้อยละ 3 และจำนวนยาไม่เพียงพอถึงวันนัด มีร้อยละ 2 จะเห็นได้ว่าปัญหาในการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามการศึกษาที่ผ่านมา มีผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Medication adherence) มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของการรักษาด้วยยา เป็นความความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้ยาตามแผนการรักษา เช่น ได้รับยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ได้รับยาหลายชนิด ต้องรับประทานยาหลายมื้อต่อวัน หรือการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีโอกาสเกิดการบริหารยาผิดพลาด เช่น ปัญหาขาดยาหรือยาเกินขนาด ถ้าผู้ป่วยต้องหยุดยาเนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์ของยา มีผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา

2. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองจากความพิการที่หลงเหลืออยู่และส่วนใหญ่สูงวัยมีผลต่อการรับประทานยาตามแผนการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 65 - 79 ปี มีโอกาสรับประทานยาได้สม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี (Hamann, 2003) ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น มีความบกพร่องในการเรียนรู้ หลงลืมและสับสนเกี่ยวกับเวลา ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนยาด้วยตนเอง ขาดความรู้ในการใช้ยา รวมทั้งผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และความเชื่อต่างๆ ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ผลการรักษาจึงไม่ดีเท่าที่ควรจึงทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

3. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของผู้ดูแล ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลในการดูแลเรื่องรับประทานยา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาเมื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านร้อยละ 91.7 ดังนั้นในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆของผู้ดูแลที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่รับค่าตอบแทนหรือรางวัล อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิตคนอื่นๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) จำแนกความหมายของผู้ดูแลตามขอบเขตในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล (Horowitz, 1985 อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และมีขอบเขตความรับผิดชอบเน้นการตอบสนองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ เช่น จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) เป็นบุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล โดยมีหน้าที่ในการจัดการด้านอื่นๆไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการรักษา หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ โดยให้การดูแลกับผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ (Primary caregiver) หรือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว (Secondary caregiver) และไม่รับค่าจ้างตอบแทนหรือรางวัล

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย (ปราณี สุทธิสุนทร และคณะ, 2552) โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านการดูแล โดยผู้ดูแลมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพและความสามารถของผู้ดูแล เช่น จัดหาอาหารที่มีคุณค่าและแสวงหาการรักษาที่หลากหลายวิธี (จันทนา ชาญประโคน, 2550) ในการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานีได้สัมภาษณ์ร่วมกับสังเกตผู้ดูแลจำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องให้อาหารและน้ำมีร้อยละ 93.3 ผู้ดูแลสามารถฝึกขับถ่ายให้กับผู้ป่วยได้ร้อยละ 76.6 ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้ร้อยละ 76.6 ผู้ดูแลสามารถฝึกออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยได้ร้อยละ 66.6 และผู้ดูแลสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ร้อยละ 66.6 (จินตภา อรรถสาร, 2551) จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งระดับความสามารถของผู้ดูแลในแต่ละด้านมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการประคับประคองอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล กลัวเสียภาพลักษณ์และเกิดความเครียด อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลคือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์, 2549) ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ และภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในการรับประทานยา (ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ, 2550) อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าวแสดงถึงความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 51.7 ต้องมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สุชาพร ขจรฤทธิ์, 2547)

จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตลอดจนการส่งเสริมให้กำลังใจและการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ดูแลอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลร้อยละ 84.2 รู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทการดูแลแต่อีกร้อยละ 10 พบว่ารู้สึกเหนื่อยท้อแท้กับบทบาทของผู้ดูแล (พราวงาม สวนจันทร์, 2550) เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลมากขึ้นกว่าเดิม ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทการดูแลได้เหมาะสมร่วมกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว

ในการเผชิญกับปัญหาแต่ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทของผู้ดูแลได้จะมีปัญหาตามมา (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2550) โดยปัญหาที่พบมีดังนี้คือ

1. ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยไปในระยะเวลาหนึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ร้อยละ 15 และมีความเครียดเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมา เช่นอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสอบถามผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ($r = -.36, p < .001$) และการได้รับรางวัลจากการดูแล ($r = -.31, p < .01$) (จิริรัตน์ กอผจญ, 2545) ปริมาณการดูแลผู้ป่วย ($r = .31, p < .01$) ปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วย ($r = .31, p < .01$) (บุญญรัตน์ เพิกเดช, 2545) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ($r = .273, p < .05$) ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ($r = -.31, p < .05$) และความสามารถในการทำนายการดูแล ($r = -.45, p < .05$) (วัลภา ส่วงวัฒนายุทธ, 2545) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($r = .23, p < .01$) (เกวลิน แสงบุญ, 2545) อีกทั้งระดับการสูญเสียความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัญหาสถานการณ์การเงินของผู้ดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และการรับรู้ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย (วิไลพร ศรีธเรศ, 2546) ส่วนการขาดแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแล (ชุตินา มาตยมูล, 2546) เช่นรูปแบบการดูแลแบบผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (จันทนา ซาญประโคน, 2550) และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูงจึงเกิดความเครียดตามมา (นันทพร ศรีนัม, 2544)

2. ด้านหน้าที่การทำงานและการปฏิสัมพันธ์กับสังคมรวมถึงการเป็นอิสระเพื่อการเป็นส่วนตัว เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ดูแลต้องออกจากงาน เปลี่ยนแปลงอาชีพหรือหยุดงานไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง และห่างเหินการมีกิจกรรมในสังคม อีกทั้งอาจพบปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือเรียกร้องการดูแลสูงจึงทำให้ผู้ดูแลขาดความอิสระไม่ได้พักผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามเวลา (นันทพร ศรีนัม, 2544; นิลรัตน์ วัชรภักษาด, 2543)

3. ด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไประยะเวลาหนึ่งทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ทรมานจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากสภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผันแปรของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องอดทนและปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (นิลรัตน์ วัชรภักษาด, 2543) และในช่วงการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาที่บ้านส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและหงุดหงิดจากการพักผ่อนน้อย (สุตศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีสุขภาพจิต

ไม่ดี (ร้อยละ 50.9) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานในแต่ละวัน (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) ประกอบกับผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลน้อยและไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดตามมา ถ้าครอบครัวมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดลดลง (จันทนา ซาญประโคน, 2550)

4. ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นประกอบกับครอบครัวขาดรายได้ ทำให้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวมีความฝืดเคืองและมีหนี้สิน (นันทพร ศรีน้อม, 2544) ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่หารายได้ และผู้ดูแลต้องมารับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนและมีความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (นิลรัตน์ วัชรภิชิต, 2543) จากการศึกษาของธัญลักษณ์ โอ้อ้อม (2548) เกี่ยวกับประสบการณ์ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแล บันทึกภาคสนามและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในครอบครัวผู้ป่วย 14 ครอบครัวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานานทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในขณะที่รายได้ของครอบครัวลดลง

จะเห็นได้ว่า เมื่อเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะเวลาหนึ่งทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจตามมา จากปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแลและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาลักษณะของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล จัดว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา (Orem, 1995) โดยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำเป็นต้องเตรียมผู้ดูแลโดยการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความรู้ความสามารถ ความเชื่อทัศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัวและความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจาก

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สามารถทำให้แผนในการดูแลผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ (สุลักษณ์ วงศ์ศิริภัก, 2550) ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และ ภาวะสุขภาพ) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ เนื่องจากอายุของผู้ดูแลมีผลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา (Orem, 1995) โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากร่วมกับการมีแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีทำให้การตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) จากการศึกษาของวินิตา ชูช่วย (2547) ได้ศึกษาเรื่องศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยสอบถามผู้ดูแลหลักจำนวน 141 ราย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ($r = .19, p < .05$) และการศึกษาที่ผ่านมาของเฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) โดยการสอบถามกับผู้ดูแลเด็กสมองพิการจำนวน 80 ราย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ($r = .23, p < .05$) ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของกรภัทร อิมโธฐ (2550) พบว่าอายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .165, p = .072$) โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในด้านแรงงานมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยเนื่องจากมีความเสื่อมของร่างกายตามวัยของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) และมีการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเอดส์ ความดันโลหิตสูงและวัณโรค ($r = .09; r = -.07; r = -.10, p > .05$ ตามลำดับ) (เยาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548)

1.2 เพศ กล่าวคือเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้และให้การช่วยเหลือด้านการเงินกับครอบครัว รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดหาผู้ดูแล จึงทำให้เพศหญิงมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของเพศหญิงจะเป็นหน้าที่ที่ค่านิยมที่ยอมรับว่าเป็นความรับผิดชอบที่สัมพันธ์กับจิตใจความรู้สึกรักและผูกพัน รวมทั้งความสัมพันธ์กับการมองวัฒนธรรมและความเชื่อที่กำหนดชีวิตภายใต้ค่านิยมแห่งบทบาททำให้เพศหญิงพยายามปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบหน้าที่การดูแลกับศักยภาพภายในของตนเอง (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จันทร์พร พรหมน้อย, 2547; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วินิตา ชูช่วย, 2547; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) สัดส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงกับชายเท่ากับ 3:1 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วินิตา ชูช่วย, 2547) และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.09$; $r = -.07$, $p > .05$ ตามลำดับ) (เขาวเรศ ดีคง, 2546; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) แต่การศึกษาของ ศิริพร อิททาคม (2549) พบว่าเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.21$, $p < .01$)

1.3 รายได้ เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเวลานาน รายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีฐานะการเงินมั่นคงจะสามารถดูแล สนับสนุนและตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (นิลรัตน์ วัชรภิชิต, 2543) ในกรณีที่ผู้ดูแลมีรายได้น้อยและขาดแหล่งสนับสนุนด้านการเงินทำให้มีผลต่อความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (จันทรา พรหมน้อย, 2547) นั่นคือผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะสามารถแสวงหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต เช่น ยารักษาโรคและแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพที่ดีได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($\chi^2 = 40.7$, $p = .00$) (วรจิตา มาศเกษม, 2552) แต่การศึกษาของ ภรภัทร อิมโธ (2550) พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .16$, $p = .07$) และการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูงและวัณโรค พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.09$; $r = .07$; $r = .11$, $p > .05$ ตามลำดับ) (เขาวเรศ ดีคง, 2546; ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548)

1.4 ระดับการศึกษา ทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา และเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพียงใจ ดิเรไพบวงศ์, 2540) มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งมีเหตุผลในการแก้ไขปัญหาได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของอูมา จันทวิเศษและคณะ (2536) ได้สอบถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 56 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับที่แตกต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถาม การใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้มีโอกาสรับรู้และเข้าใจสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) ผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยน้อย เนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับการเรียนรู้ในบทบาทการดูแลผู้ป่วย (นิลรัตน์ วัชรภิชิต, 2543) เมื่อหาค่าความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.18$, $p < .05$) (เขาวเรศ ดีคง, 2546) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .01$; $r = .18$, $p > .05$ ตามลำดับ) (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548)

1.5 ระยะเวลาในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคต่างๆที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเดือนมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลในผู้ป่วย เช่นจากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 160 ราย ($r = .25, p < .001$) (อรรถัย โสมนรินทร์, 2538) จากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสจำนวน 100 ราย ($r = .32, p < .001$) (อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534) และการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 126 ราย ($r = .32, p < .01$) (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) อีกทั้งยังพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเดือนมีความสัมพันธ์กับศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.19, p < .05$) (วินิตา ชูช่วย, 2547) แต่ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.03; r = -.11, p > .05$ ตามลำดับ) (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) จะเห็นได้ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย แต่มีบางการศึกษาพบว่าระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548),

1.6 ภาวะสุขภาพ เป็นโครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงการเจ็บป่วย ภาวะอารมณ์และความเครียดที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา (เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.9) โดยภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วินิตา ชูช่วย, 2547) แต่การศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .18, p < .05$) และจากการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสอบถามผู้ดูแลจำนวน 100 ราย พบว่าการขาดแหล่งประโยชน์และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = -.57; r = -.65, p < .01$ ตามลำดับ) (วิภารัตน์ นาวรัตน์, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์, 2547) แต่ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.07, p > .05$) (ศิริพร อิทาคม, 2549)

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ความหมายสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นการพึงพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญ ถ้าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการให้ความรักและความอบอุ่นซึ่งกันและกัน มีความเคารพนับถือให้เกียรติกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลและมีความเสียสละต่อกัน

โดยรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต (จันทนา ชาญประโคน, 2550; ประกอบพร ทิมทอง, 2550) วอลเกอร์และทอมป์สัน (Walker & Thompson, 1983) กล่าวถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) ว่าเป็นความผูกพันระหว่างบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่มีความซับซ้อน มีมิติทัศน์พื้นฐาน คือ ความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความรู้สึกว่าคุณเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่างๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน และความรู้สึกมั่นคงในสัมพันธภาพ พอสรุปได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความผูกพันและมีความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ชนิดของสัมพันธภาพ สามารถแบ่งโดยจัดกลุ่มของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หรือสัมพันธภาพของคู่อื่นๆ ในครอบครัว (Friedman, 1986) ดังนี้ 1) สัมพันธภาพที่เสริมกัน (Complementary relationships) เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมตรงกันข้ามกัน โดยบุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมเป็นผู้นำ หรือผู้บริหารมีการตัดสินใจปัญหาต่างๆ อีกบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ตาม บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกัน 2) สัมพันธภาพที่สมดุลกัน (Symmetrical relationships) เป็นสัมพันธภาพอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาคของทั้งสองคน มีความต้องการร่วมกันในการแลกเปลี่ยนข่าวสารและพฤติกรรมและริเริ่มในการตัดสินใจร่วมกัน ข้อดีของสัมพันธภาพชนิดนี้คือก่อให้เกิดการยอมรับนับถือกัน ความไว้วางใจ ทั้งคู่มีความอิสระและได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น แต่สัมพันธภาพชนิดนี้จะมีการแข่งขัน มีความคับข้องใจและไม่ให้ความร่วมมือทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องเพิ่มการตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกันหรือเพิ่มความรักและความใกล้ชิดให้แก่กันและกัน 3) สัมพันธภาพที่ขนานกัน (Parallel relationships) เป็นสัมพันธภาพที่ผสมผสานระหว่างสัมพันธภาพที่เสริมกันและสัมพันธภาพที่สมดุลกัน เป็นสัมพันธภาพที่มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันและมีความยืดหยุ่น ทำให้บุคคลทั้งสองสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ และความสามารถของบุคคล โดยสรุปได้ว่า สัมพันธภาพ คือความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การยอมรับนับถือกัน ความไว้วางใจ การติดต่อพบปะกันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามความสามารถของบุคคล

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดังนี้ คือ งานวิจัยเชิงคุณภาพของ วัชราริชาติ (2543) ศึกษาโดยการสอบถามในผู้ดูแลเพศหญิงจำนวน 6 รายพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดีจะมีผลต่อความสนใจ เต็มใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีบรรยากาศในการดูแลอันเนื่องมาจากความรักและความผูกพัน แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่หรือตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ จึงทำให้เกิดความเครียดตามมา

เพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ทำการศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวได้สอบถามผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 80 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีค่อนข้างสูงเนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต จึงเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเชื่อ พฤติกรรมและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี

ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้สอบถามผู้ดูแลหลักจำนวน 120 ราย ในเขตอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี และถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดีก็ทำให้มีผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดี เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน ($r = .28, p < .01$)

ประกอบพร ทิมทอง (2550) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการสอบถามผู้ดูแลหลักจำนวน 126 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$)

จากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยวัณโรค เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .30; p < .01$; $r = .23; p < .05$ ตามลำดับ) (ศิริพร อิทราคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) แต่ในการศึกษาของ เขาวเรศ คีตง (2546) ที่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .03, p > .05$)

พอสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับระดับดีมีความสัมพันธ์กับความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วย โดยมีส่วนทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจและมุ่งมั่นในการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ คีตง, 2546)

3. การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันหลายความหมายดังต่อไปนี้

เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Tilden & Weinert, 1987) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ประเมินตนเอง

รอยด์ (Roy, 1999) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ว่าคือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่สามารถที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลบรรลุถึงความต้องการพึงพาระหว่างกัน โดยทำหน้าที่ของการให้และได้รับความรัก ความนับถือ และคุณค่าในความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้บุคคลได้รับความรักที่เพียงพอและมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมและสิ่งแวดล้อม

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

ทิลเดล และไวเนอร์ท (Tilden & Weinert, 1987) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม คือการช่วยเหลือด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทองและการทำงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันโดยมีการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือต่างๆทั้งทางด้านจิตใจ สังคม สิ่งของ เงินทอง และการทำงานจากบุคคลในเครือข่ายสังคม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ใช้นิยามศัพท์ว่า การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย หมายถึงการที่ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา พี่น้อง บุตรและญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนด้านสิ่งของและบริการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นมีรายละเอียดดังนี้

เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Tilden & Weinert, 1987) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ จริงใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน 2) ด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและเรียนรู้ตนเอง โดยการประเมินความสามารถสมรรถภาพของตนเองหรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับความรู้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทางซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ และ

นำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้ 4) ด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดดังนี้คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดและมีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or network) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเจ้าของในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จาคอบสัน (Jacobson, 1986) จำแนกการสนับสนุนเป็น 3 ชนิดคือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสุขสบายใจ เชื่อว่าได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ และความรัก รวมทั้งการได้รับการเอาใจใส่และให้ความมั่นใจ 2) การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive support) หมายถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยบุคคลให้เกิดความเข้าใจในสิ่งต่างๆ จนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับตนต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึงการช่วยเหลือด้วยสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

จะเห็นได้ว่า แม้ว่าการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมจะมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกัน แต่มีวัตถุประสงค์คือเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลหรือจากสมาชิกในครอบครัว นั่นคือ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ

หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มีหลักการที่สำคัญประกอบด้วย เป็นกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่หลักคือผู้ให้กับการสนับสนุน ซึ่งกระบวนการติดต่อสื่อสารนั้น เป็นข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ายังมีคนที่จะเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง รู้สึกว่ามีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ ซึ่งปัจจัยนำเข้าในกระบวนการสนับสนุน อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้รับได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น (วันทนี วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วาศินารมย์, และกิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2550)

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิต คือ บุตร คู่สมรส บิดามารดา เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) เช่นเดียวกับจากการศึกษาของอาทร รวีไพบุลย์ และคณะ (2550) พบว่า บทบาทในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) เป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตร พี่สาวและน้องสาว (นุศุล ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2537) จากการศึกษาของอาทร รวีไพบุลย์และคณะ (2550) พบว่า ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 38.9) และคู่สมรส (ร้อยละ 36.2) สรุปได้ว่าแหล่งที่มาของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังเช่นการศึกษาของวรธิดา มาศเกษม (2552) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้สอบถามผู้ดูแลที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .62, p = .00$) และการศึกษาของภรภัทร อัมโธ (2550) ได้สอบถามผู้ดูแลหลักจำนวน 120 ราย ในเขตอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .01$) และการศึกษาของกรรณิกา คงหอม (2546) ได้สอบถามผู้ดูแลจำนวน 120 รายที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46; p < .05$)

จากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอื่นๆ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของปิยรัตน์ นิมพิทภัยพงศ์ (2548) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งจำนวน 107 ราย พบว่าผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาจึงมีผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ วรรณรัตน์ ลาวัณและคณะ (2547) ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 385 รายในเขตภาคตะวันออก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39; p < .01$) และการศึกษาของเฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้สอบถามผู้ดูแลเด็กสมองพิการจำนวน 80 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45; p < .01$) และการศึกษา

ของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ได้สอบถามผู้ดูแลมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโพลาสติก จำนวน 100 รายที่คลินิกโรคเลือดโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลเด็ก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ($r = .54, p < .001$)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค ของ อารยา ถักรณะพานิช (2548) ได้สอบถามผู้ดูแลจำนวน 101 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .24; p < .05$) แต่ไม่ตรงกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ของ เขียวเรศ ดีคง (2546) ได้สอบถามผู้ดูแลจำนวน 128 รายพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -.14; p > .05$ และการศึกษาของศิริพร อิทธิาคม (2549) ในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงโดยสอบถามผู้ดูแลจำนวน 99 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .10; p > .05$)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโดยเตือนความจำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่มีบางรายงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย (อภิญา เอี่ยมตระการ, 2547; อรรถรส ปานสมบัติ และคณะ, 2550) และความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (ภรภัทร อัมโธ, 2550; อรุพันธ์ อนุวัฒนวิน, 2539) จะเห็นได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการของโรค แนวทางการรักษา และป้องกันการเกิดโรคซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษานี้ของอุมมา จันทวิเศษและคณะ (2536) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนสำคัญทำให้ผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการดูแลให้ยากับผู้ป่วยและมีส่วนทำให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

วรธิดา มาศเกษม (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้สอบถามผู้ดูแลที่อยู่ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 140 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .20, p = .00$)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) ศึกษาเรื่องโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยการสอบถามกับผู้ดูแลจำนวน 1,581 รายใน 16 จังหวัดในประเทศไทย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญมีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าถ้าผู้ดูแลมีความรู้มากจะมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้น้อย

จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาเรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ดูแลจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุและแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย สามารถเลือกวิธีการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคกับการความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของอารยา ฉัตรชนะพานิช (2548) โดยการสอบถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยวันโรคจำนวน 101 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = .30$; $p = .01$) แต่บางการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการให้ยากับผู้ป่วยและเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) แต่ก็มีบางงานวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อีกทั้งมีผลให้ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแล เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องอาศัยความร่วมมือและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ

ในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังไม่มีการศึกษาลักษณะนี้ในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีบริบทที่แตกต่างกันทั้งทางด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและวัฒนธรรม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนความรู้ที่มีอยู่เดิมหรือเป็นสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมผู้ดูแลในเรื่องการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อไป



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีระเบียบวิธีการดำเนินวิจัยดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในจังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 3,518 ราย

ประชากรตัวอย่าง (Accessible population) คือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ใน 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,604 ราย

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) คือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กันในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้องหรือญาติไม่รวมลูกจ้างอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันที่ให้การดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือนที่อาศัย 5 อำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 100 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าไว้ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง และญาติ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดหรืออด頓ในเรื่องการรับประทานยามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือนที่อาศัยอยู่ใน 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ที่เดินทางสะดวกและปลอดภัย

2. การสื่อสาร พูด ฟัง ภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- ผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้างหรือรับจ้างมาเพื่อดูแลผู้ป่วย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้การประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรอิสระสัมพันธ์กับตัวแปรตามในระดับต่ำถึงปานกลาง ประกอบด้วย เพศ ($r = -.21, p < .05$) (ศิริพร อิทาคม, 2549) ระดับการศึกษา ($r = -.18, p < .05$) (เขวเรศ ดิลง, 2546) อาชีพ ($r = -.20, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($r = .24, p < .05$) (อารยา ฉัตรระพนานิช, 2548) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ($r = .30, p < .01$) (ศิริพร อิทาคม, 2549) และ ($r = .23, p < .05$) และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคโดยรวมของผู้ดูแล ($r = .30, p < .01$) (อารยา ฉัตรระพนานิช, 2548) มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (Effect size) เท่ากับ .30 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย (Polit & Beck, 2008) โดยในการวิจัยเชิงบรรยายหรือสำรวจ ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นพันควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (ประคองกรรมสุด, 2524) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย เพื่อป้องกันการเกิดการสูญหายของข้อมูลและควบคุมความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผลการศึกษามีความตรงและความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในอำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 5 อำเภอ (ประกอบด้วยอำเภอที่ 1- 5) ได้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีกำหนดสัดส่วนที่เท่ากันตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างต่อประชากร โดยใช้สูตรการคำนวณสัดส่วน (Proportional to size) มีรายละเอียดดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

จำนวนตัวอย่างที่โครงการ X: จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละอำเภอ

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 5 อำเภอ

จากการสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยจำแนกเป็นอำเภอที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 มีจำนวน 791, 250, 233, 220 และ 110 รายตามลำดับ ดังนั้นหน่วยที่ถูกเลือกเมื่อนำมาคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณสัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 49, 16, 15, 13 และ 7 รายตามลำดับ รวมเป็น 100 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ใน 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลทุกวันตั้งแต่เวลา 08.00 - 16.00 น. ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน 11 ข้อ

1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ

1.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยจำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุการเกิดโรค ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง ระยะเวลาเจ็บป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัวอื่นที่ป่วยร่วม ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ สิทธิการรักษาและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแล ภาวะสุขภาพ การตรวจตามนัดและความเพียงพอของยาก่อนถึงวันนัด

1.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified barthel activity daily living index: MBAI) เป็นแบบประเมินของคอลลินและคณะ (Collin, 1988) ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้นำมาแปล คัดแปลงและปรับปรุง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ในระยะ 1 เดือน ซึ่งครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

การรับประทานอาหาร	มีคะแนน	0 - 2
การแต่งตัว (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)	มีคะแนน	0 - 1
การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	มีคะแนน	0 - 3
การใช้ห้องสุขา	มีคะแนน	0 - 2
การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน	มีคะแนน	0 - 3
การสวมใส่เสื้อผ้า	มีคะแนน	0 - 2
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	มีคะแนน	0 - 2
การอาบน้ำ	มีคะแนน	0 - 1
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	มีคะแนน	0 - 2
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	มีคะแนน	0 - 2

ในการศึกษานี้ให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ การแปลผลคะแนนรวมของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยสามารถแบ่งระดับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลได้ 4 ระดับดังนี้

0 - 4	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาทั้งหมด
5 - 8	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับมาก
9 - 11	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับปานกลาง
12 - 20	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นแบบวัด ของคอลลินและคณะ (Collin, 1988) ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้นำมาแปลและดัดแปลงรวมทั้งหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและได้มีการปรับปรุงแก้ไขจนมีความเหมาะสม จึงนำแบบวัดไปใช้สัมภาษณ์กับผู้สูงอายุไทยชุมชนคลองเตยจำนวน 703 ราย หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .79 ต่อมา สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ได้นำแบบวัดไปสัมภาษณ์กับ

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 และบุศกร กลิ่นอวล (2549) ได้นำแบบวัดนี้ไปสัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คะแนนการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าคะแนนมีความใกล้เคียงกับคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงสามารถประเมินแทนผู้ป่วยได้ (Jenkinson, Wright, & Coulter, 1994; Mayo, Wood-Dauphinee, Cote, Durcan, & Carlton, 2002) สำหรับวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักเพื่อประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นแบบวัดที่เพียงใจ ดิร ไพรวงศ์ (2540) ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของวอลเกอร์และทอมป์สัน (Walker & Thompson, 1983) เป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิด และคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 85 คะแนน ลักษณะข้อคำถามตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 6 ระดับ ให้คะแนนดังนี้คือ

ระดับที่ 1 ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้	0	คะแนน
ระดับที่ 2 รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้	1	คะแนน
ระดับที่ 3 รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ระดับที่ 4 รู้สึกเช่นนี้น้อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
ระดับที่ 5 รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด	ให้	4	คะแนน
ระดับที่ 6 รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ให้	5	คะแนน

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 0 - 85 คะแนน การแปลผลคะแนนของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นรายข้อโดยใช้ค่าร้อยละ ส่วนการแปลผลของคะแนนแบบวัดโดยรวมมี 2 ระดับตามเพียงใจ ดิร ไพรวงศ์ (2540) คือสัมพันธภาพระดับสูงและสัมพันธภาพระดับต่ำ และใช้หลักการแบ่งอัตรากาชั้นโดยนำเอาค่าต่ำสุดลบค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัด (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) โดยแบ่งคะแนนได้ดังนี้

43 - 85 คะแนน มีสัมพันธภาพระดับสูง

0 - 42 คะแนน มีสัมพันธภาพระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยนี้เป็นของวอลเกอร์และทอมป์สัน (Walker & Thompson, 1983) ได้พัฒนาขึ้นแล้วได้นำแบบวัดไปใช้ในกลุ่มนักศึกษา กับมารดาวัยกลางคนจำนวน 132 คู่ และกลุ่มบุตรสาววัยกลางคนกับมารดาสูงอายุจำนวน 107 คู่ ได้หาความเที่ยงและความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคระหว่าง 0.91- 0.97 ต่อมาเพิงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ได้นำแบบวัดมาแปลเป็นภาษาไทยพร้อมดัดแปลงและนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 ราย ได้ค่าเท่ากับ .90 แล้วนำไปใช้จริงในผู้ดูแลหลักจำนวน 80 ราย ได้ค่าเท่ากับ .91 นอกจากนี้ วรรณิกา คงหอม (2546) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยาจำนวน 120 ราย ได้ค่าเท่ากับ .96 และประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าเท่ากับ .87 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย

แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นแบบวัดของ อูรพันธุ์ อนุคุณินานิน (2539) ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการที่ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา พี่สาวพี่ชาย บุตรและญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านสังคมจำนวน 7 ข้อ ด้านสิ่งของและบริการจำนวน 5 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจจำนวน 11 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 ข้อ ทั้งหมดมีจำนวน 28 ข้อ มีลักษณะการวัดใช้แบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ โดยมีข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 22 ข้อ และมีข้อความที่มีความหมายทางลบมีข้อ 6 ข้อ การให้คะแนน ดังนี้

มีข้อความที่มีความหมายทางบวก มีข้อความที่มีความหมายทางลบ

มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

คะแนนรวมแบบวัดการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แกผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 28 -140 คะแนน การแปลผลคะแนนของแบบวัดรายชื่อโดยใช้ค่าร้อยละ การแปลผลแบบวัดรายด้านได้แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 5 ระดับเท่าๆกันเช่นเดียวกับการแปลผลของคะแนนแบบวัดโดยรวมใช้เกณฑ์ตามอูร์พินซ์ อนุวุฒิโนวิน (2539) โดยใช้หลักการแบ่งแบบอัตราภาคชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆกันดังนี้

120 - 140	คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด
97 - 119	คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก
74 - 96	คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
51 - 73	คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
28 - 50	คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบวัดนี้เป็นแบบการสนับสนุนจากครอบครัวของ อูร์พินซ์ อนุวุฒิโนวิน (2539) ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมแล้วนำแบบวัดปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางระบบประสาท อาจารย์ที่ปรึกษา และกรรมการวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และนำแบบวัดไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจำนวน 100 ราย แต่ในการศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดในการรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดนี้ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย ได้คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดเป็นรายข้อ การสนับสนุนทางด้านสังคมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .46 ด้านสิ่งของและบริการได้ค่าเท่ากับ .54 ด้านอารมณ์และจิตใจได้ค่าเท่ากับ .73 และด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าเท่ากับ .42 ส่วนการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วยโดยรวมได้ค่าเท่ากับ .83

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อูมา จันทวิเศษ และคณะ (2536) ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรค (จำนวน 1 ข้อ) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค (จำนวน 6 ข้อ) อาการ (จำนวน 6 ข้อ) การรักษา (จำนวน 5 ข้อ) ภาวะแทรกซ้อน (จำนวน 5 ข้อ) มีคำถามรวม 20 ข้อ และมีช่วงของค่าคะแนน 0 - 20 คะแนน การตอบแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ถูก” “ผิด” และ “ไม่ทราบ”

การให้คะแนนได้ ตั้งแต่ 0 - 1 คะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

ตอบถูกต้อง	ให้	1	คะแนน
ตอบผิดหรือไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

คะแนนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน การแปลผลคะแนนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองรายข้อใช้ค่าร้อยละ การแปลผลแบบวัดรายด้านได้แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับเท่าๆ กันเช่นเดียวกับการแปลผลคะแนนของแบบวัดโดยรวมใช้เกณฑ์ตามอูมา จันทวิเศษและคณะ (2536) โดยใช้หลักการแบ่งอัตรากาชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ดังต่อไปนี้

14 - 20	คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก
7 - 13	คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
0 - 6	คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อูมา จันทวิเศษและคณะ (2536) ได้นำไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Formula 20) เท่ากับ .93 และนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 56 ราย แต่มีงานวิจัยมีข้อจำกัดในการรายงานผลค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .52 ผู้วิจัยแก้ไขเพื่อให้แบบทดสอบมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้โดยการตัดข้อคำถามออกบ้างข้อและนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นใหม่อีกครั้งพบว่า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพิ่มไม่มากเมื่อเทียบกับการคงข้อคำถาม

เดิมไว้เพื่อครอบคลุมของเนื้อหาผู้วิจัยจึงคงจำนวนข้อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไว้เท่าเดิม

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบวัดความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนตามหลักการให้ยาและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้กับผู้ป่วยจำนวน 1 ข้อ การให้ยาถูกคน (Right patient) จำนวน 2 ข้อ การให้ถูกยา (Right drug) จำนวน 1 ข้อ การให้ถูกขนาด (Right dose) จำนวน 2 ข้อ การให้ถูกเวลา (Right time) จำนวน 1 ข้อ การให้ถูกวิธี (Right route) จำนวน 1 ข้อ และการสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจำนวน 1 ข้อ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) และการตอบในแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่เคยเลย” “ค่อนข้างน้อย” “เกือบทุกครั้ง” “เป็นประจำ” โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 6 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ มีช่วงของค่าคะแนน 9 - 36 คะแนนการให้ความหมาย ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนี้เลย

ปฏิบัติค่อนข้างน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติประมาณ 1 - 3 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติประมาณ 4 - 6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติทุกครั้ง

การให้คะแนนแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเกณฑ์ดังนี้

มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
เกือบทุกครั้ง	3	2
ค่อนข้างน้อย	2	3
ไม่เคยเลย	1	4

การแปลผลของคะแนนแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 9 - 36 คะแนน การแปลผลคะแนนของแบบวัดเป็นรายข้อใช้ค่าร้อยละ การแปลผลคะแนนของแบบวัดโดยรวมใช้เกณฑ์ 2 ระดับเท่าๆ กันตามหลักการแบ่งอัตราภาคชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ดังต่อไปนี้

23 - 36 คะแนน หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ

9 - 22 คะแนน หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำไปปรึกษากับคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและนำไปแก้ไขปรับปรุง ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณาความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน คือ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบประสาท	1	ท่าน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาท	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาล	1	ท่าน
พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง	1	ท่าน
พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท	1	ท่าน
เภสัชกร	1	ท่าน

หลังจากที่ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบวัดให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .89 เกณฑ์ขั้นต่ำที่ได้รับการยอมรับคือ .80 (Polit & Hungler, 1995) สำหรับในการศึกษาค้นครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว

จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งสิทธิ และขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและไม่มีผลกระทบต่อ การมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ใช้จะถูกทำลาย และเก็บข้อมูลเป็นตัวเลขทางสถิติ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการโดยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผ่านการอนุมัติในการทำวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำรายชื่อผู้ป่วยที่เคยมารับบริการจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2552 แล้วนำรายชื่อจัดกลุ่มตามสถานีอนามัยที่รับผิดชอบผู้ป่วยจำนวน 80 แห่ง (ได้แก่อำเภอที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 มีจำนวนสถานีอนามัย 21, 17, 19, 12, 11 แห่งตามลำดับ) ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลพร้อมแนบรายชื่อของผู้ป่วยทางจดหมายให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ โดยให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อพร้อมทั้งตอบกลับ

3. ก่อนลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเลือกสถานที่ตามความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังตามลำดับดังนี้คือ อำเภอที่ 1 จำนวน 49 ราย, อำเภอที่ 2 จำนวน 16 ราย, อำเภอที่ 3 จำนวน 15 ราย, อำเภอที่ 4 จำนวน 13 ราย และ อำเภอที่ 5 จำนวน 7 ราย โดยผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาเพื่อให้เจ้าหน้าที่อนามัยและอาสาสมัครในหมู่บ้านพาลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ถ้า

วันและเวลาที่นัดหมายมีการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานอีกครั้งทางโทรศัพท์ ในกรณีลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจะนัดหมายวันและเวลาครั้งใหม่กับสมาชิกของครอบครัว

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ และขอความร่วมมือโดยการยินยอมและเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจะอธิบายขั้นตอนการตอบและอ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 - 60 นาที และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ตลอดเวลา เมื่อตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าข้อใดไม่มีคำตอบ ผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติม

5. เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 100 รายแล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามหลักสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าสถิติต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่อตอบคำถามวิจัยข้อที่ 1 โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งแจกแจงข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในส่วนของข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) มีรายละเอียดดังนี้ 2.1) วิเคราะห์สถิติไคสแควร์ (chi – square) เพื่อตอบคำถามวิจัยข้อที่ 2 โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2.2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเพื่อตอบคำถามวิจัยข้อที่ 3 โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งหลังจากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า มีบางตัวแปรไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แล้วประเมินระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบ่งออก 3 ระดับดังนี้ (Burns & Grove, 2005)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า	.50	ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า	.30 - .50	ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ	.10 - .29	ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลเรื่องการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 100 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ 2553 ผลการศึกษาที่ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายเพื่อตอบคำถามวิจัยดังนี้

คำถามวิจัย 1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแล และครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุของการเกิดโรค ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคที่ป่วยร่วม จำนวนยาที่ใช้ ชนิดของยาที่ใช้ สิทธิการรักษาและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51 มีอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 88 สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 94 มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 55 ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1 - 4 ปีร้อยละ 52 ระดับพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 49 ผู้ป่วยมีโรคอื่นที่ป่วยร่วมร้อยละ 68 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 49 จำนวนยาที่ใช้ 4 - 6 ชนิดร้อยละ 52 เป็นยากลุ่มต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 75 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยใช้บัตรประกันสุขภาพ /สังคมสงเคราะห์ / ผู้สูงอายุร้อยละ 75 และผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านร้อยละ 52 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะได้รับจำนวน 1 - 3 ครั้ง ร้อยละ 40 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (Range = 31 - 94 , Mean = 71.65 , S.D. = 10.83)	
≤ 20 ปี	0
21- 40 ปี	2 (2)
41- 60 ปี	10 (10)
> 60 ปี	88 (88)
เพศ	
ชาย	51 (51)
หญิง	49 (49)
สาเหตุการเกิดโรค	
หลอดเลือดสมองตีบ	94 (94)
หลอดเลือดสมองอุดตัน	6 (6)
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง	
แขนขาซีกซ้าย	30 (30)
แขนขาซีกขวา	55 (55)
อ่อนแรงทั้งซีกขวาและซีกซ้าย	15 (15)
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (เดือน) (Range = 1 - 156, Mean = 30 , S.D. = 33.48)	
1- 6 เดือน	6 (6)
6 เดือนขึ้นไป -12 เดือน	12 (12)
1 ปีขึ้นไป - 4 ปี	52 (52)
มากกว่า 4 ปี	30 (30)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Range = 0 - 20, Mean = 11.39 , S.D. = 6.56)	
พึ่งพาน้อย	49 (49)
พึ่งพาปานกลาง	12 (12)
พึ่งพามาก	17 (17)
พึ่งพาทั้งหมด	22 (22)

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัวอื่นที่ป่วยร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	
(Range = 0 - 3, Mean = 1.01 , S.D. = 0.89)	
ไม่มี	32 (32)
มี	68 (68)
ความดันโลหิตสูง	49 (49)
เบาหวาน	19 (19)
ไขมันในเลือดสูง	8 (8)
ไตวาย	4 (4)
โรคหัวใจ	7 (7)
อื่นๆ	14 (14)
จำนวนชนิดของยาที่ใช้ (Range = 1 - 17, Mean = 4.97 , S.D. = 2.32)	
1 - 3 ชนิด	29 (29)
4 - 6 ชนิด	52 (52)
> 6 ชนิด	19 (19)
ยาที่ใช้	
Beta blocker	10 (10)
Anti-platelet &Anticoagulants	75 (75)
Oral Anti-diabetic agents	12 (12)
Anti-hypertensive	54 (54)
Anti-hyperlipidemic agent	59 (59)
วิตามิน	64 (64)
อื่นๆ	62 (62)
การใช้สิทธิชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย	
ชำระเงินเอง	1 (1)
ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ /สังคมสงเคราะห์ / ผู้สูงอายุ	75 (75)
เบิกจากต้นสังกัด	23 (23)
ประกันสังคม	1 (1)

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
การได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Range = 0 - 10, Mean = 1.3 , S.D. = 1.97)	
ไม่ได้รับ	52 (52)
ได้รับ	48 (48)
1-3 ครั้ง	40 (40)
4-6 ครั้ง	2 (2)
> 6 ครั้ง	6 (6)

1.2 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนเวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การตรวจตามนัดและจำนวนยาเพียงพอจนถึงวันนัด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่มีอายุช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 84 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 48 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 49 รายได้ไม่พอเพียงและมีหนี้สินร้อยละ 46 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 4 ปีร้อยละ 53 ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 6 - 12 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 39 ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 46 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68 พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้งร้อยละ 74 และมีความเพียงพอจนถึงวันนัดร้อยละ 83 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (Range = 18 - 79, Mean = 49.42, S.D. = 13.64)	
≤ 20 ปี	2 (2)
21- 40 ปี	24 (24)
41- 60 ปี	50 (50)
> 60 ปี	24 (24)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	17 (17)
หญิง	83 (83)
สถานภาพสมรส	
โสด	12 (12)
คู่	84 (84)
ม้าย/หย่า/แยก	4 (4)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	4 (4)
ประถมศึกษา	68 (68)
มัธยมศึกษา	16 (16)
อนุปริญญา	0
ปริญญาตรี	12 (12)
สูงกว่าปริญญาตรี	0
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26 (26)
เกษตรกร	48 (48)
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	10 (10)
รับจ้าง	10 (10)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6 (6)
รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	22 (22)
< 5,000 บาท	49 (49)
5,000 – 10,000 บาท	21 (21)
10,001- 20,000 บาท	4 (4)
20,000 บาทขึ้นไป	4 (4)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว	
ไม่พอเพียง ไม่มีหนี้สิน	10 (10)
ไม่พอเพียง มีหนี้สิน	46 (46)
พอเพียง ไม่เหลือเก็บ	39 (39)
พอเพียง มีเหลือเก็บ	5 (5)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Range = 1 - 132, Mean = 38.21, S.D. = 30.73)	
1- 6 เดือน	10 (10)
6 เดือนขึ้นไป -12 เดือน	12 (12)
1 ปีขึ้นไป - 4 ปี	53 (53)
มากกว่า 4 ปี	25 (25)
จำนวนเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน (Range = 2 - 21, Mean = 9.08 , S.D. = 5.55)	
< 6 ชั่วโมง	36 (36)
6 – 12 ชั่วโมง	39 (39)
> 12 ชั่วโมง	25 (25)
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยท่านเป็น	
บุตร	46 (46)
สามี /ภรรยา	37 (37)
บิดา / มารดา	1 (1)
พี่/น้อง	2 (2)
ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (มีความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลโดยเป็น)	
(Range = 0 - 1, Mean = 0.68 , S.D. = 0.46)	
ไม่มี	32 (32)
มี	68 (68)
คู่สมรส	12 (12)
บิดา/มารดา	13 (13)
บุตร	23 (23)
พี่/น้อง	13 (13)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Range = 0 - 1, Mean = 0.32 , S.D. = 0.46)	
ไม่มีโรคประจำตัว	68 (68)
มีโรคประจำตัว	32 (32)
ความดันโลหิตสูง	16 (16)
เบาหวาน	8 (8)
ไขมันในเลือดสูง	2 (2)
โรคไต	0
หัวใจ	1 (1)
โรคกระดูกและข้อ	0
อื่นๆ	14 (14)
ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด	
ไม่เคยพาไปตรวจเลย	1 (1)
พาไปตรวจบางครั้ง แต่น้อยครั้งมาก	9 (9)
พาไปประมาณครึ่งหนึ่ง	7 (7)
พาไปเกือบทุกครั้ง	9 (9)
พาไปทุกครั้ง	74 (74)
ท่านพบว่าจำนวนยาเพียงพอจนถึงวันนัด	
มียาเพียงพอจนถึงวันนัด	83 (83)
ยาไม่พอบางครั้ง แต่น้อยครั้งมาก	13 (13)
ยาไม่พอครึ่งหนึ่ง	2 (2)
ยาไม่พอเกือบทุกครั้ง	1 (1)
ยาไม่พอทุกครั้ง	1 (1)

1.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตมีคะแนนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยร้อยละ 70 ส่วนคะแนนต่ำสุดคือผู้ดูแลและผู้ป่วยต่างมีอะไรคล้ายกันร้อยละ 17 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยรวมจากคะแนนเต็ม 85 คะแนน พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.46 แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
(n = 100)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย	คะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนน เฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คะแนน
คะแนนโดยรวม	0 - 85	14 - 85	69.46	12.14	ระดับสูง

1.4 การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยรายข้อ พบว่าผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในการครอบครัวมีร้อยละ 78 รองลงมาผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องร้อยละ 66 และคะแนนต่ำสุดคือผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการหาข้อมูลข่าวสารให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพมีเพียงร้อยละ 5 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละด้าน พบว่าพบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยในด้านอารมณ์และจิตใจคะแนนเฉลี่ย 42.21 (S.D. = 11.31) ด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ย 26.79 (S.D. = 7.26) ด้านสิ่งของและบริการมีคะแนนเฉลี่ย 20.45 (S.D. = 4.98) ถือว่าการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก และด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ย 16.61 (S.D. = 5.30) ถือว่าการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 106.06 (S.D. = 28.85) แสดงว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย (n = 100)

การสนับสนุนของผู้ดูแลและ ครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย	คะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนน เฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คะแนน
ด้านสังคม	7 - 35	19 - 35	26.79	7.26	มาก
ด้านสิ่งของและบริการ	5 - 25	14 - 25	20.45	4.98	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ	11 - 55	28 - 55	42.21	11.31	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5 - 25	11 - 24	16.61	5.30	ปานกลาง
โดยรวม	28 - 140	80 - 132	106.06	28.85	มาก

1.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบรายชื่อสูงสุดคือ ผู้ดูแลมีความรู้ที่ผู้ป่วยอัมพาตที่ทำเดียนานๆจะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังได้ซึ่งผู้ดูแลตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมาผู้ดูแลมีความรู้ที่ผู้ป่วยอัมพาตบางคนอาจมีความจำเสื่อมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ดูแลตอบถูกร้อยละ 95 ส่วนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดผู้ป่วยเกิดแขนขาลีบและข้อติดแข็งในผู้ป่วยอัมพาต ผู้ดูแลซึ่งตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 33 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละด้าน พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคคะแนนเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 2.63) ความรู้เกี่ยวกับการรักษามีคะแนนเฉลี่ย 4.10 (S.D. = 1.78) ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 1.72) และความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคมีคะแนนเฉลี่ย 0.88 (S.D. = 0.32) จัดมีความรู้อยู่ในระดับมาก และความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมีคะแนนเฉลี่ย 2.01 (S.D. = 0.76) จัดมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
(n = 100)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	คะแนน ที่เป็น ไปได้	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คะแนน
ความหมายของโรค	0 - 1	0 - 1	0.88	0.32	มาก
สาเหตุของโรค	0 - 6	0 - 6	4.19	2.63	มาก
อาการของโรค	0 - 3	0 - 3	2.01	0.76	ปานกลาง
การรักษา	0 - 5	1 - 5	4.10	1.78	มาก
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	0 - 5	1 - 5	3.73	1.72	มาก
โดยรวม	0 - 20	8 - 19	14.91	7.21	มาก

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยจำแนกตามระดับความรู้ของผู้ดูแลจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากร้อยละ 64 รองลงมาผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้อย	0
ระดับปานกลาง	36 (36)
ระดับมาก	64 (64)
(Range = 8 - 19, Mean = 14.91, S.D. = 1.90)	

1.6 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 67 อีกร้อยละ 33 ผู้ดูแลให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ไม่สม่ำเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสม่ำเสมอ	67 (67)
ระดับไม่สม่ำเสมอ	33 (33)
(Range = 9 - 36 , Mean = 31.15, S.D. = 5.36)	

เมื่อพิจารณาคะแนนแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลร้อยละ 96 ไม่เคยยืมยาจากผู้อื่นมาให้ผู้ป่วยรับประทาน รองลงมาผู้ดูแลร้อยละ 89 ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาให้กับผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วยปฏิบัติน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 42 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนของแบบวัดโดยรวมเท่ากับ 31.15 แสดงว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐานของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน
คะแนนโดยรวม	9 - 36	9 - 36	31.15	5.36	ระดับสม่ำเสมอ

คำถามวิจัย 2. เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลประกอบด้วย เพศ ($\chi^2 = 0.83$, $p = .36$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 0.34$, $p = .55$) รายได้ ($\chi^2 = 0.54$, $p = .46$) ระยะเวลาในการดูแล ($\chi^2 = 0.14$, $p = .70$) และภาวะสุขภาพ ($\chi^2 = 0.50$, $p = .47$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าความสัมพันธ์ ระหว่าง ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพ) กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ ($n = 100$)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		χ^2 (p)
	สม่ำเสมอ n (%)	ไม่สม่ำเสมอ n (%)	
เพศ			
ชาย	13 (76.5)	4 (23.5)	0.83 (.36)
หญิง	54 (56.1)	29 (34.9)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าและเท่ากับ ประถมศึกษา	47 (65.3)	25 (34.7)	0.34 (.55)
สูงกว่าประถมศึกษา	20 (71.4)	8 (28.6)	
รายได้			
< 5,000 บาท	46 (64.8)	25 (35.2)	0.54 (.46)
$\geq$ 5,000 บาท	21 (72.4)	8 (27.6)	
ระยะเวลาในการดูแล			
1-12 เดือน	14 (63.6)	8 (36.4)	0.14 (.70)
มากกว่า 12 เดือน	53 (67.9)	25 (32.1)	
ภาวะสุขภาพ			
ดี (ไม่มีโรคประจำตัว)	44 (64.7)	24 (35.3)	0.50 (.47)
ไม่ดี (มีโรคประจำตัว)	23 (71.9)	9 (28.1)	

คำถามวิจัย 3. อายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ คือตัวแปรทุกตัวจะต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้สถิติ Komogorov - Sminov พบว่ามีตัวแปร อายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ แต่ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยตรวจสอบการกระจาย (Scatter plot) พบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (ยูทรี ไกยวรรณ, 2551) ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ด้วยสเปียร์แมน (spearman rank correlation) แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (n = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1				
2.อายุ	-.12	1			
3.สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	.19*	.21*	1		
4.การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย	.31**	-.11	.46**	1	
5.ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-.02	-.12	-.14	.08	1

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

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำเสนอประเด็นผลการวิจัยมาอภิปรายผลให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัยตามลำดับดังนี้

คำถามวิจัย 1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแล และครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

1.1 ลักษณะของผู้ป่วย

ลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.6 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นันทกา ภัคดิพงษ์, 2553; อาทร รวีไพบุลย์และคณะ, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนเท่ากับ 1.3 : 1 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เนื่องจากในประเทศไทยมีจำนวนประชากรและอายุมากขึ้นทำให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นตามด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยร่วมมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นันทกา ภัคดิพงษ์, 2553; อกันตริ บัวเหลือง, 2553; อรุณี ศิริกังวาลกุล, 2545; อาทร รวีไพบุลย์และคณะ, 2550) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; รัตนภรณ์ บรรดาศักดิ์, 2552) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุจึงมีความเสื่อมของร่างกายจากระบบการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ (ถิษฐ์วัฒน์โยธิน, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกินกว่าครึ่งมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา (ร้อยละ 55) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (กชพรรณ ขอบนิทัศน์, 2551; เจียมจิต โสภณสุขสฤติย์, 2544; ยุพิน

หมื่นทิพย์, 2536; วินิตา ชูช่วย, 2547; สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, อัญชลี พันธุ์แก้ว, และวิญญู กัมพรทิพย์, 2549; สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537; อกันตริ บัวเหลือง, 2553; อารมณ บัญเกิด, 2540) อย่างไรก็ตาม การศึกษา ของฤทัย แสนสีและคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีกซ้ายและซีกขวาเท่ากัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย มากกว่า ซีกขวา (อรศิปปิ ชื่นกุล, 2542; อรุพันธ์ อนุวัฒนาวิณ, 2539) จากผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอาจ เนื่องจากอาการอัมพาตที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิด ของการเกิดพยาธิสภาพของสมองที่ถูกทำลาย (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544) โดยผู้ที่มีพยาธิสภาพของ สมองซีกซ้ายทำให้เกิดอัมพาตของส่วนร่างกายซีกขวา ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวาทำให้ เกิดส่วนร่างกายซีกซ้ายอัมพาต (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมดสติมือข้างขวา ร้อยละ 89 (สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธินและคณะ, 2549) จึงมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเองเนื่องจากในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกล้ามเนื้อซีกขวาอ่อนแรง

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็น ผู้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel index) พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 49) รองลงมา ระดับการพึ่งพา ทั้งหมดร้อยละ 22 (เฉลี่ย 11.39 คะแนนเต็ม 20 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543; อาทร รวีไพบูลย์และ คณะ, 2550) เนื่องจากความแตกต่างของระดับการพึ่งพาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นผล มาจากปัจจัยอื่น เช่น ตำแหน่ง ขอบเขตของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย สาเหตุการดำเนินโรคหรือระดับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพิการเหลืออยู่ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ จึงมี ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา

ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองการดูแลที่จำเป็นอย่างประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่ปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ดูแลซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาใน ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; พราราม สอนจันทร์, 2550; ภรภัทร อัมโธ, 2550; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; วินิตา ชูช่วย, 2547) ซึ่งเป็นวัยที่มีครอบครัว มี ความมั่นคงในหน้าที่การงานและมีความรับผิดชอบสูงสุด (Orem, 1995) รูปแบบในการดูแลขึ้นกับ ศักยภาพของผู้ดูแล (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) โดยผู้ดูแลในวัยผู้ใหญ่จะมีศักยภาพในการดูแล

ผู้ป่วยดีกว่าวัยสูงอายุเนื่องจากมีภาวะสุขภาพดีจะถูกคาดหวังให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล สำหรับในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กชพรรณ ขอบนิทัศน์, 2551; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พราวาม สวนจันทร์, 2550; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ฤทัย แสนสี ประยงค์ ลิมตระกูล และเดชา ทำดี, 2551; วรธิดา มาศเกษม, 2552; อรศิปปิ ชื่นกุล, 2542) ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดี ความรักและผูกพันจะทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและมุ่งมั่นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) จึงทำให้คุณภาพในการดูแลที่ดีด้วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยเป็นบุตรของผู้ป่วย รองลงมาคือคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กชพรรณ ขอบนิทัศน์, 2551; กรรณิกา คงหอม, 2546; จอม สุวรรณโณ, 2540; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ภรภัทร อิมโอฐ, 2550; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วินิตา ชูช่วย, 2547; อรศิปปิ ชื่นกุล, 2542; อาทร ธีวไพบูลย์และคณะ, 2550; อุมา จันทวิเศษและคณะ, 2536) เนื่องจากเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยตลอดจนพยายามปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบหน้าที่การดูแลกับศักยภาพภายในของตนเอง (นิลรัตน์ วัชรากิชาติ, 2543; วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ผู้ดูแลให้เหตุผลถึงการเข้ามารับบทบาทในการดูแลเนื่องด้วยความรักและผูกพัน (เสาวภา พราวตะคุ, 2549) โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจสูงที่จะรับผิดชอบทุกๆ หน้าที่ขาดประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษาของผู้ดูแลแต่ ก็ยินดีเรียนรู้และมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาย่อยตลอดเวลา (นิลรัตน์ วัชรากิชาติ, 2543) ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นการทำหน้าที่ทางสังคม ค่านิยมและวัฒนธรรมที่ต้องดูแลบิดามารดา ซึ่งแสดงถึงความกตัญญูและเป็นการทดแทนบุญคุณเป็นสิ่งสำคัญ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเนื่องจากใช้ชีวิตร่วมกันมา มีความห่วงใยกันและเต็มใจดูแล อีกทั้งเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลและผู้ป่วยเลือกบุตรสาวเป็นผู้ให้การดูแลเนื่องจากให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่และมีความเข้าใจมากกว่าบุตรชาย (อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จอม สุวรรณโณ, 2540; เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; เขาวเรศ ดิคง, 2546; ฤทัย แสนสี ประยงค์ ลิมตระกูล และเดชา ทำดี, 2551; วินิตา ชูช่วย, 2547; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548; อรศิปปิ ชื่นกุล, 2542) เนื่องจากเป็นระบบการศึกษาภาคบังคับในอดีตของประเทศไทย ระดับการศึกษาที่มีความสำคัญทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะรวมทั้งทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาคิดทำให้สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ (วรภรณ์ จิรานนท์, 2547) อีกทั้งผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษามีผลให้ผู้ดูแลสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิข, 2537) ในการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพหลักของคนไทย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา คงหอม, 2546; เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; กรภัทร อิมโอร, 2550) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ฤทัย แสนสีและคณะ, 2551 ; ศิริพร อิทาคม, 2549; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ตามปกติเป็นผลจากมีความพิการ (Petruseviciene & Krisciunas, 2008) ในการศึกษาที่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน กล่าวคือมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ต้องลาออกจากงานทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติ ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลงและไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 - 4 ปี (เฉลี่ย 3.18 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา ชูช่วย (2547) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะ 1 - 4 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่าระยะเวลาการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 3 ปี เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานานเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงกับปกติ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2540)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและเป็นบุตรของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ฤทัย แสนสีและคณะ, 2551; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) จากการศึกษาของพราราม สวนจันทร์ (2550) พบว่า ผู้ดูแลมีภาระอื่น เช่น ต้องดูแลครอบครัว ทำงานบ้านและหารายได้ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความต้องการในด้านอุปกรณ์การดูแลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่เป็นผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จอม สุวรรณโณ, 2541) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้รับสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นทำให้ผู้ดูแลมีพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเสริมคุณค่าความมั่นคงทางจิตใจ (วิภารัตน์ นาวารัตน์และคณะ, 2547) รวมทั้งช่วยลดภาระและลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจึงเกิดคุณภาพในการดูแลที่ดี

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา คงหอม, 2546; จอม สุวรรณโณ, 2540, 2541; นิษธิมา ศรีจำนงค์, 2553; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พรารวม สวนจันทร์, 2550; เพียงใจ ติรไพรวงศ์, 2540; ภรภัทร อิมโธ, 2550; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วินิตา ชูช่วย, 2547; ศิริพร อิทาคม, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้ที่มีสุขภาพดีมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่สุขภาพไม่แข็งแรง (จอม สุวรรณโณ, 2540) เนื่องจากผู้ดูแลที่มีสุขภาพกายที่สมบูรณ์ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลและแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ (วิลลาร์ดน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวและเป็นวัยผู้ใหญ่จึงถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 74 เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและวัณโรค (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ถัตรธนะพานิช, 2548) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัด เนื่องจากการมารับการตรวจตามนัดแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจหลังวันนัด อาจหมายถึง ผู้ป่วยอาจขาดยาหรือถ้ายังมีารับประทานอยู่ ก็อาจรับประทานยาได้ไม่ถูกต้อง จึงมียาเหลืออยู่หรืออาจได้รับยาจากแหล่งอื่นๆ (วินิตา มานะกิจจงกล, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนยามีความเพียงพอก่อนถึงวันนัด ร้อยละ 83 สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา มานะกิจจงกล (2549) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีจำนวนยาเพียงพอก่อนถึงวันนัด ในการศึกษาครั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยใช้สิทธิในการรับการรักษาตามนโยบายการประกันสุขภาพของประเทศโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถพาผู้ป่วยมารับยาตามนัดเกือบทุกครั้ง

1.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เพียงใจ ติรไพรวงศ์, 2540; ภรภัทร อิมโธ, 2550; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) เนื่องจากผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดด้วยความรัก โดยเป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตและมีความเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ของกันและกัน จึงทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างกันในระดับสูง และให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการให้กับผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

1.4 การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการสนับสนุนในแต่ละด้านพบว่า ด้านสิ่งของและบริการ ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้ (กรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; อรุพันธ์ อนุฉินาวัน, 2539) เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่ง ในครอบครัวและมีความรักใกล้ชิดผูกพันกัน พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

1.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของวรชิตา มาศเกษม (2552) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา (อภิญา เอี่ยมตระการ, 2547; อรรถรส ปานสมบัติ และคณะ, 2550) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย และมีรายงานการศึกษา (กรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; อรุมา จันทวิเศษและคณะ, 2536; อรุพันธ์ อนุฉินาวัน, 2539) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกเกรงใจแพทย์ พยาบาลไม่กล้าซักถาม ทำให้ผู้ดูแลไม่กระจ่างในเรื่องที่สงสัยมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (นันทพร ศรีน่ม, 2544) หรืออาจเนื่องจากการใช้แบบประเมินความรู้และการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สิ่งต่างๆ รวมถึงสมาธิและความสามารถตอบคำถามได้มากกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จึงมีผลให้การประเมินคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีต่างกัน หรืออาจเนื่องจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดทักษะความรู้เกี่ยวกับโรค อีกทั้งการที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง แสดงถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพ จึงมีผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจุบันผู้ดูแลสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้จากรายการทางวิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ และเอกสารที่ทางโรงพยาบาลจัดทำเพื่อให้คำแนะนำแก่ประชาชน โดยสื่อต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติได้ (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

1.6 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษานี้พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 67: ซึ่งยาที่ใช้ ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด วิตามินและยาอื่นๆ เช่น ยาเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง ยาป้องกันการชัก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ ดิคง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549) อาจเนื่องจากสัมพันธ์สภาพผู้ดูแลกับผู้ป่วยดีมากโดยเห็นเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโดยพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัดเพื่อรับยาทุกครั้งจึงเกิดความสามารถในการดูแลหรือมีทักษะและประสบการณ์ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยไปในระยะเวลาหนึ่ง

คำถามวิจัย 2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

จากการทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสถิติไคสแควร์ผลการศึกษานี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือไม่ว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงหรือเพศชายต่างก็มีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของวรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และวัณโรค พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ ดิคง, 2546; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย หรืออาจเนื่องจากการดูแลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบทางสังคมที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาและคู่สมรสมีผลให้ผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร อิทาคม (2549) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยมากกว่า

เพศชาย (นิลรัตน์ วัชรภิชิต, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเพศหญิงมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต่างจากเพศชาย

ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภรภัทร อิมโอส, 2550; วรธิดา มาศเกษม, 2552) และการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและวันโรคพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวเรศ คีง (2546) ที่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่า มีบางรายงานการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพียงใจ ดิเรพรวงค์, 2540) อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาความรู้และเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพต่างๆ ถ้าผู้ดูแลมีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย (อุมมา จันทวิเศษ และคณะ, 2536)

จากผลการศึกษานี้พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของภรภัทร อิมโอส (2550) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ภาวะความดันโลหิตสูงและวันโรค (เขาวเรศ คีง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) พบว่ารายได้ของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลแสดงถึงเศรษฐกิจสถานะที่ใช้ในการแสวงหาสิ่งช่วยเหลือต่างๆ ในการรักษาพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้รายได้ของผู้ดูแล ไม่ทำให้ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแล

เรื่องการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยต่างกัน ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน แต่ไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยใช้บัตรประกันสุขภาพ / สังคมสงเคราะห์ จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เท่าเทียมกับผู้ดูแลที่มีรายได้สูง

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วินิตา ชูช่วย (2547) พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของ ศิริพร อิททาคม (2549) พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากโรคประจำตัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นโรคควบคุมอาการที่และไม่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยการรับประทานยาได้ไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีกว่า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเวลาน้อยกว่าเท่ากับ 12 เดือน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 12 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและวัณโรค (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับดีมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสนใจ ตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักผูกพันกันในรอบครัวและมีความมุ่งมั่นและสนใจในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ภรภัทร อิมโธ (2550) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง และวัณโรค พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วย

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) อย่างไรก็ตามอายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความสามารถ จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการซึ่งมีพัฒนาการสูงสุดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1995) แต่ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากด้วยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีอายุที่แตกต่างกันต่างก็มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยา ตามแผนการรักษาไม่ต่างกัน อีกทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นการปฏิบัติสืบทอดตาม ประเพณี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งแสดงถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและความกตัญญูเพื่อ ทดแทนพระคุณ รวมทั้งเป็นการแสดงตัวอย่างที่ดีให้กับลูกหลานให้ยึดปฏิบัติ

ผลการศึกษานี้พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง(2550) พบว่า สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรค (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใน ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ของเขาวเรศ คีตง (2546) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มี ความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากสัมพันธภาพ ระหว่างกันดีมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้าสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยไปตามหน้าที่ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล ผู้ป่วยและเกิดความเครียดตามมาได้ (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543)

ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การดูแล ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541) และผู้ดูแลที่ อายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งใน การศึกษานี้ ผู้ดูแลให้การสนับสนุนให้กับผู้ป่วยในระดับสูง โดยผู้ดูแลให้เหตุผลว่าผู้ป่วยเป็น บุคคลสำคัญในครอบครัวโดยผู้ดูแลได้พาผู้ป่วยมารับการตรวจรับยาตามนัดเกือบทุกครั้ง แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคความดันโลหิตสูง (เขาวเรศ คีตง,

2546; ศิริพร อิทาคม, 2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดระดับการสนับสนุนที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ให้กับผู้ป่วย แต่การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายของสังคม ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นและส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตามมา (Cohen & Wills, 1985; ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541)

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ดูแลมีความรู้ระดับใดก็ไม่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูงและโรควัณโรค (เขาวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา จัทรณะพานิช, 2548) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากรูปแบบการให้ยาไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจึงมีผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (อารยา จัทรณะพานิช, 2548) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ วรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และสามารถเลือกวิธีการดูแล และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2540) โดยผู้ดูแลที่มีความรู้มากจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ความรู้น้อย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) เมื่อผู้ดูแลตระหนักว่าตนเองมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลให้ผู้ป่วย รวมถึงสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมต่างๆในการช่วยเหลือผู้ป่วยและเกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง (นันทพร ศรีนิม, 2544)

โดยสรุปพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านใน 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 100 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีระยะเวลาดั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 รวมใช้เวลา 2 เดือน หลังเก็บข้อมูลครบแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 84 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 68 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 48 รายได้ของผู้ดูแลน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 49 รายได้ไม่พอเพียงและมีหนี้สินร้อยละ 46 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 4 ปีร้อยละ 53 เวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 6 - 12 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 39 ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 46 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 74 และผู้ดูแลตรวจสอบว่ายามีความเพียงพอก่อนถึงวันนัดร้อยละ 83

1.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนสูงสุดของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยแบบรายข้อ คือผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต รองลงมาผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ส่วนคะแนนต่ำสุดคือผู้ดูแลและผู้ป่วยต่างมีอะไรคล้ายกัน (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยรวมจากคะแนนเต็ม 85 คะแนน พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.46 แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

1.3 การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยรายข้อสูงสุดคือผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในการครอบครัวคิด รองลงมาผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและคะแนนต่ำสุดคือผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการหาข้อมูลข่าวสารให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนของแบบวัดรายด้าน พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยในด้านอารมณ์และจิตใจคะแนนเฉลี่ย 42.21 (S.D. = 11.31) ด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ย 26.79 (S.D. = 7.26) ด้านสิ่งของและบริการมีคะแนนเฉลี่ย 20.45 (S.D. = 4.98) ถือว่าการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก และด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ย 16.61 (S.D. = 5.30) ถือว่าการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 106.06 (S.D. = 28.85) แสดงว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก

1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบรายข้อสูงสุดคือ ผู้ดูแลมีความรู้ว่าผู้ป่วยอัมพาตที่ทำเดิวนานๆจะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังได้ซึ่งผู้ดูแลตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมาผู้ดูแลมีความรู้ว่าผู้ป่วยอัมพาตบางคนอาจมีความจำเสื่อมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ดูแลตอบถูกร้อยละ 95 ส่วนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดผู้ป่วยเกิดแขนขาลีบและข้อติดแข็งในผู้ป่วยอัมพาต ผู้ดูแลซึ่ง

ตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 33 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละด้านพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคคะแนนเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 2.63) ความรู้เกี่ยวกับการรักษามีคะแนนเฉลี่ย 4.10 (S.D. = 1.78) ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 1.72) และความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคมีคะแนนเฉลี่ย 0.88 (S.D. = 0.32) จัดมีความรู้อยู่ในระดับมาก และความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมีคะแนนเฉลี่ย 2.01 (S.D. = 0.76) จัดมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งร้อยละ 64 ของผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก อีกร้อยละ 36 ของผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

1.5 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสม่ำเสมอร้อยละ 67 อีกร้อยละ 33 ของผู้ดูแลให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ระดับไม่สม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาคะแนนแบบวัดแบบรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 96 ของผู้ดูแลไม่ยืมยาจากผู้อื่นมาให้ผู้ป่วยรับประทาน รองลงมาร้อยละ 89 ของผู้ดูแลไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาให้กับผู้ป่วยด้วยตนเอง ส่วนผู้ดูแลอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 42 (ภาคผนวก จ) เมื่อพิจารณาคะแนนของแบบวัดโดยรวมได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.15 แสดงว่าผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ ($\chi^2 = 0.83$, $p = .36$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 0.34$, $p = .55$) รายได้ ($\chi^2 = 0.54$, $p = .46$) ระยะเวลาในการดูแล ($\chi^2 = 0.14$, $p = .70$) และภาวะสุขภาพ ($\chi^2 = 0.50$, $p = .46$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า 1) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -0.12$, $p > .05$) 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับ

ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.19, p < .05$) 3) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .31, p < .01$) 4) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.02, p > .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลบางพื้นที่ของจังหวัดบุรีรัมย์เท่านั้นทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงประชากรกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วยมาพิจารณาจัดกิจกรรม เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย
2. มีระบบส่งต่อเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องกับติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านมีหน่วยบริการในการแนะนำแหล่งประโยชน์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอเช่นองค์กรที่ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งบริการฟื้นฟูสภาพ แหล่งบริการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งอุปกรณ์เครื่องมือและอาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย

ด้านการศึกษา

จัดโปรแกรมอบรมให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและวิธีการให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
2. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ทราบถึงความร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
3. ศึกษาปัจจัยร่วมทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ศึกษาวิจัยถึงทดลองเพื่อหารูปแบบการประเมินความร่วมมือในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การนับเม็ดยา การบันทึกการใช้ยา
5. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เพื่อทราบเหตุผลเชิงลึกในเรื่องการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' ABILITIES IN STROKE PATIENTS' MEDICATION TAKING

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ 5136662 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศุภร วงศ์ทัญญู, Ph.D. (NURSING), สิริรัตน์ ถีลาจรัส, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดนพบว่ามีความเสี่ยงจากการเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันกับหลอดเลือดสมองแตกสัดส่วนเท่ากับ 9 : 1 (Erikson & Olsson, 2001) ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคที่พบบ่อยอยู่ในอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 610,000 รายและมีผู้ป่วยกลับเป็นโรคนี้อีกจำนวน 185,000 ราย โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่มากขึ้นในช่วง 1 ปี 5 ปี และ 10 ปีโดยพบร้อยละ 13.5, 38.7, 53.9 ตามลำดับ (Erikson & Olsson, 2001) ในปี พ.ศ 2553 ได้มีการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 73.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Lloyd-Jones et al., 2009) ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบบ่อยอยู่ในอันดับสี่ รองจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุตามลำดับ และมีความชุกของโรคสูงถึง 690 รายต่อประชากรแสนราย (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2544) โดยร้อยละ 80 เป็นชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อีกร้อยละ 20 เป็นชนิดหลอดเลือดสมองแตก (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) ในปี พ. ศ 2550 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 168,740 ราย และมีอัตรา

ตายอยู่ที่ 20.8 รายต่อประชากรแสนราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาในประเทศไทยอยู่ระหว่าง 100,000 - 1,000,000 บาทต่อรายต่อปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์รึรัมย์ซึ่งมีการรายงานว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีในระหว่างปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 มีจำนวน 2,175, 2,254, 2,434 และ 2,868 รายตามลำดับและมีผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 193, 165, 253 และ 284 รายต่อปีตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2548 - 2551) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เช่น ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Wong, 1999) อายุ เชื้อชาติ เพศ และภาวะไขมันในเลือดสูง (Inagawa, 2007) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบบ่อย (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553; อกันตริ บัวเหลือง, 2553; อรุณี ศิริกัณฐกุล, 2545; อาทร รวีไพบูลย์และคณะ, 2550) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอแตกง่าย และเลือดจับตัวกันเป็นลิ่มในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของหลอดเลือดโดยพบร้อยละ 59.1 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และร้อยละ 61.4 - 87.3 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; อรุณี ศิริกัณฐกุล, 2545) ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาหลายชนิดเพื่อควบคุมอาการของโรค (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552; อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550)

การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันโดยขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีการรักษาด้วยยาต้านการเกิดลิ่มเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสามารถลดอัตราการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 27 (Hamann, 2003; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคตลอดชีวิต (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) ซึ่งการรักษาของแพทย์จะพิจารณาจากสาเหตุและโรคอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือดและยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Hamann, 2003) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากงานวิจัยหนึ่งในประเทศไทยพบว่า การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 26.5 (วรรณ ประสารอริคม และคณะ, 2546) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงต้อง

อาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (Dracup & Meleis, 1982) โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอซึ่งมีผลสำคัญในการช่วยลดการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, & Diener, 2003) ตลอดจนลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางระบบประสาท ส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงร้อยละ 68.7 โดยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 90.9 (นุกูล ตะบูนพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา, และนิตยา ตากวิริยะนันท์, 2537) อีกร้อยละ 52.9 มีความพร้อมของสมรรถภาพของสมอง (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Masskulpan, 2008) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในกระบวนการจำแนกตามการรับรู้ การแปลความหมาย ทำความเข้าใจ รวมถึงการตัดสินใจข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Petruseviciene & Krisciunas, 2008; กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) รวมถึงผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2542) ผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ การติดต่อกับผู้อื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Masskulpan, 2008; ทศพร คำผลศิริ, 2548) และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มตามอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้นหรือตามจำนวนโรคที่ป่วยร่วมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยรายละ 3,117 บาทต่อเดือน (วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2542) จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองและเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองพบว่า ร้อยละ 50 มีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (Murray & Lopez, 1997) อีกร้อยละ 20 ต้องมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2548) โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งร้อยละ 79.2 ของผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน (วรรณ ประสาร อธิคม, วิลาวัณย์ ประสารอธิคม, สมพร โชติวิทยธารากร, และอารยา หาอุบละ, 2546) และมีบทบาทในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วย (O'Connell & Baker, 2004; ฤทัย แสนดี ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเดชา ทำดี, 2551) จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงโรค (จารึก ธานีรัตน์, 2545) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการเตรียมผู้ดูแล จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมาย (สุลักษณ์ วงศ์ศิริภัก, 2550)

จากการศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (อารมณ บัญเกิด, 2540) สำหรับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหัวใจเลือดคั่ง พบว่าผู้ดูแลให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วยการเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ปิยรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, 2548) และจากการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา นัตรณะพานิช, 2548) ระดับการศึกษา (เขวเรศ ดีคง, 2546) เพศ (ศิริพร อิททาคม, 2549) ความรู้เกี่ยวกับโรค (ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา นัตรณะพานิช, 2548) และความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการจัดการผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (อารยา นัตรณะพานิช, 2548)

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ก่อให้เกิดความพิการและเป็นภาระการดูแลของครอบครัว ในการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคและกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแล ยังไม่มีการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในการจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการส่งเสริมเพื่อประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการวิจัย

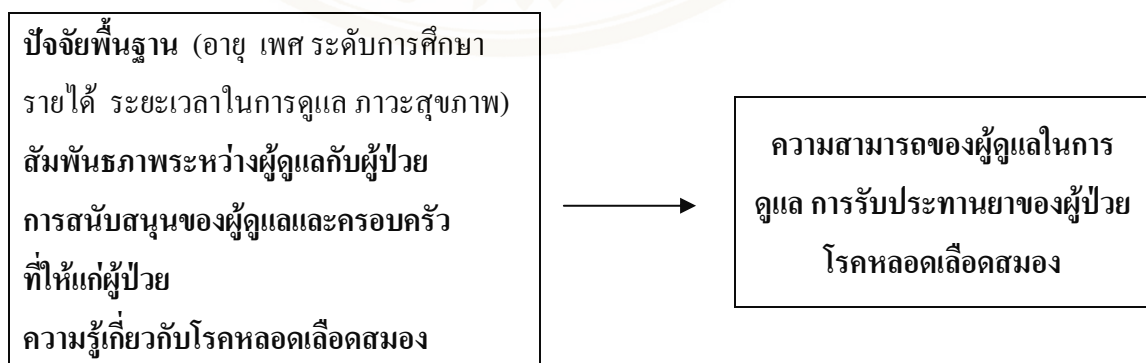
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลมีดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) **อายุของผู้ดูแล** มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและมีพัฒนาการสูงสุดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1995) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขวเรศ ดีคง, 2546; ศิริพร

อิทธาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) 2) **รายได้เฉลี่ย**แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่ใช้ในการแสวงหาสิ่งช่วยเหลือต่างๆในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขวเรศ คีตง, 2546; ศิริพร อิทธาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) 3) **เพศ** ซึ่งเพศชายและเพศหญิงต่างมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลแก่ผู้ป่วย ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดหาผู้ดูแล (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; วิมลรัตน์ ถูวราวุฒิปานิช, 2537) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทธาคม, 2549) 4) **การศึกษา**ทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาความรู้และเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขวเรศ คีตง, 2546) 5) **ระยะเวลาในการดูแล** ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทธาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) 6) **ภาวะสุขภาพ** เป็นโครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงการเจ็บป่วย ภาวะอารมณ์และความเครียดที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา (เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทธาคม, 2549) แต่ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ, 2550) 7) **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย** เป็นการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญ (จันทนา ชาญประโคน, 2550; ประกอบพร ทิมทอง, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทธาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) ตรงข้ามกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ของเขวเรศ คีตง (2546) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 8) **การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย** จากบททบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ส่วนน้อยที่พบว่าเป็นการสนับสนุนจากผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ (ปิยรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, 2548) และการสนับสนุนทางสังคม (ที่ผู้ดูแลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทธาคม, 2549) และการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ (อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) 9) ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ได้รับความต้องการของผู้ป่วย และสามารถเลือกวิธีการดูแล และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2540) จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรค พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ (อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลของโรคอื่นๆ ซึ่งพบว่ามีตัวแปรที่น่าสนใจและยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐาน (อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพ) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องการรับประทานยา ดังเขียนแผนตามกรอบแนวคิดได้ดังนี้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) ใช้วิธีสัมภาษณ์กับผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ในพื้นที่ 5 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีความสัมพันธ์กันในฐานะสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ ทั้งนี้ไม่นับลูกจ้างประเภทได้รับค่าจ้างตอบแทน โดยเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน

อายุ หมายถึง อายุจำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

เพศ หมายถึง เพศของผู้ดูแลแบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินของผู้ดูแลที่ได้รับจากการทำงานหรือได้รับจากบุคคลอื่นแต่ละเดือน (คิดเป็นจำนวนบาท)

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับของการศึกษาสูงสุดที่ผู้ดูแลได้รับ

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นเดือนตั้งแต่วันที่ผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพของผู้ดูแลในขณะให้การดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งออก 2 กลุ่มคือมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในด้านการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือและยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกความมั่นคงในสัมพันธภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker (1983) และแปลภาษาไทยโดยเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540)

การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา สามีภรรยา บุตรและญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของอรุพันธ์ อนุตตินาวิน (2539)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้

เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของอูมา จันทวิเศษ, เอมอร แซ่จิ๋ว, อุดมวิเศษสันต์, และภัทราวดี เอื้อพิชญานนท์ (2536)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วย วิธีการให้ยาถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี และประเมินอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักการให้ยาและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในจังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กันในฐานะคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง หรือญาติไม่รวมลูกจ้างอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันที่ให้การดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือนที่อาศัย 5 อำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์โดยแบ่งออก 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบประเมินของคอลลินและคณะ (Collin, 1988) และได้แปล ดัดแปลงและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย สร้างโดยอรุพันธ์ อนุคุณินาวัน (2539) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล สร้างเครื่องมือโดยอุมมา จันทวิเศษและคณะ (2536) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .52

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หลักความปลอดภัยในการให้ยาและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดได้เท่ากับ .89 ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการศึกษาคำนี้ถึงจริยธรรมในการทำวิจัยโดยขออนุญาตในการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งสิทธิ และขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในโรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ปรากฏชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเองทั้งหมด หลังจากได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2552 เพื่อติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่อนามัยจำนวน 80 แห่งโดยส่งหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลพร้อมแนบรายชื่อผู้ป่วยเพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อเบื้องต้น พร้อมให้ตอบกลับทางจดหมาย ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อลงพื้นที่และพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือโดยการยินยอมและเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปนำเสนอข้อมูล ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ปัจจัยของผู้ดูแลประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; พราราม สวนจันทร์, 2550; ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; วินิตา ชูช่วย, 2547) ซึ่งเป็นวัยที่มีครอบครัว มีความมั่นคงในหน้าที่การงานและมีความรับผิดชอบสูงสุด (Orem, 1995) โดยผู้ดูแลในวัยผู้ใหญ่จะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยดีกว่าวัยสูงอายุเนื่องจากมีภาวะสุขภาพดีจะถูกคาดหวังให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล สำหรับในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีครอบครัวแล้วและอยู่กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กชพรรณ ขอบนิทัศน์, 2551; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พราราม สวนจันทร์, 2550; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ฤทัย แสนสี ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเดชา ทำดี, 2551; วรธิดา มาศเกษม, 2552; อรศัลย์ ชื่นกุล, 2542) ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดี ความรักและผูกพันจะทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและมุ่งมั่นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี (วิลลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) จึงทำให้คุณภาพในการดูแลดีด้วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยเป็นบุตรของผู้ป่วย รองลงมาคือคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กชพรรณ ขอบนิทัศน์, 2551; กรรณิกา คงหอม, 2546; จอม สุวรรณโณ, 2540; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; วราภรณ์ จิรานนท์, 2547; วินิตา ชูช่วย, 2547; อรศัลย์ ชื่นกุล,

2542; อาทร ธีวไพบูลย์และคณะ, 2550; อูมา จันทวิเศษและคณะ, 2536) เนื่องจากเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยตลอดจนพยายามปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบหน้าที่การดูแลกับศักยภาพภายในของตนเอง (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; วิมลรัตน์ ภูวราชพิพานิช, 2537) ผู้ดูแลให้เหตุผลถึงการเข้ามารับบทบาทในการดูแลเนื่องด้วยความรักและผูกพัน (เสาวภา พรวัดตะคุ, 2549) ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นการทำหน้าที่ทางสังคม ค่านิยมและวัฒนธรรมที่ต้องดูแลบิดามารดา ซึ่งแสดงถึงความกตัญญูและเป็นการทดแทนบุญคุณเป็นสิ่งสำคัญ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยให้เหตุผลว่า เนื่องจากเป็นสามีภรรยาที่ใช้ชีวิตร่วมกันมา มีความห่วงใยกันและความเต็มใจในการดูแล อีกทั้งเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จอม สุวรรณโณ, 2540; เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; ยาวเรศ คีง, 2546; ฤทัย แสนลี ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเฉชา ทำดี, 2551; วินิตา ชูช่วย, 2547; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) เนื่องจากเป็นระบบการศึกษาภาคบังคับในอดีตของประเทศไทย ระดับการศึกษามีความสำคัญทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะรวมทั้งทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพียงใจ ตรีไพรวงศ์, 2540) จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีทำให้สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) อีกทั้งผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษาทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราชพิพานิช, 2537) ในการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพหลักของคนไทย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา คงหอม, 2546; เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; ภรภัทร อิมโธ, 2550) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ฤทัย แสนลีและคณะ, 2551 ; ศิริพร อิทาคม, 2549; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ตามปกติเป็นผลจากความพิการ (Petruseviciene & Krisciunas, 2008) ในการศึกษาที่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน กล่าวคือมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลต้องลาออกจากงานทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลงและไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 - 4 ปี (เฉลี่ย 3.18 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา ชูช่วย (2547) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะ 1 - 4 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่าระยะเวลาการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 3 ปี เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงกับปกติ จึงมีผลให้ผู้ดูแลเกิดทักษะความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2540)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและเป็นบุตรของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เพ็ญธิดา เคนไชยวงศ์, 2539; ฤทัย แสนสีและคณะ, 2551; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) โดยญาติผู้ดูแลถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่เป็นผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จอม สุวรรณโณ, 2541) การที่ผู้ดูแลได้รับสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นทำให้ผู้ดูแลมีพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเสริมคุณค่าความมั่นคงทางจิตใจ (วิภารัตน์ นาวารัตน์และคณะ, 2547) รวมทั้งช่วยลดภาระและลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจึงเกิดคุณภาพในการดูแลที่ดี

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา คงหอม, 2546; จอม สุวรรณโณ, 2540, 2541; นิขธิมา ศรีจันทร์, 2553; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พราราม สวนจันทร์, 2550; เพ็ญใจ ศิริไพรวงศ์, 2540; ภรภัทร อิมโอส, 2550; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วินิตา ชูช่วย, 2547; ศิริพร อิทาคม, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้ที่มีสุขภาพดีมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง (จอม สุวรรณโณ, 2540) เนื่องจากผู้ดูแลที่มีสุขภาพกายที่สมบูรณ์ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลและแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวและอยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 74 เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและวัณโรค (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัด เนื่องจากการมารับการตรวจตามนัดแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจหลังวันนัด อาจหมายถึงผู้ป่วยอาจขาดยา หรือถ้ายังมียารับประทานอยู่ ก็อาจรับประทานยาได้ไม่ถูกต้อง จึงมียาเหลืออยู่หรืออาจได้รับยาจากแหล่งอื่นๆ (วินิตา มานะกิจจงกล, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนยามีความเพียงพอก่อนถึงวันนัด

ร้อยละ 83 สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา มานะกิจจงกล (2549) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีจำนวนยาเพียงพอจนถึงวันนัด ในการศึกษาที่มีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการรับการรักษาตามนโยบายการประกันสุขภาพของประเทศโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งปริมาณยาที่ได้รับเพียงพอ หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลอาจลืมให้ยาผู้ป่วยรับประทานในบางมื้อ

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เพียงใจ ศิริไพรวงศ์, 2540; ภรภัทร อิมโอส, 2550; วราภรณ์ จิรนาท, 2547) เนื่องจากผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรหรือเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย จึงมีความอย่างใกล้ชิดด้วยความรัก ความผูกพันและความเสียสละ อีกทั้งผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตและมีความเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ของกันและกัน จึงทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการสนับสนุนในแต่ละด้านพบว่า ด้านสิ่งของและบริการ ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้ (ภรภัทร อิมโอส, 2550; อรุพันธ์ อนุฉินาวัน, 2539) เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่ง ในครอบครัวและมีความรักใกล้ชิดผูกพันกัน พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

ผลการศึกษครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วรชิตา มาศเกษม (2552) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา (อภิญา เอี่ยมตระการ, 2547; อรรถรส ปานสมบัติ และคณะ, 2550) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย และในบางการศึกษาของ (ภรภัทร อิมโอส, 2550; อรุมา จันทวิเศษและคณะ, 2536; อรุพันธ์ อนุฉินาวัน, 2539) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกเกรงใจแพทย์ พยาบาล ไม่กล้าซักถาม ทำให้ผู้ดูแลไม่กระจ่างในเรื่องที่สงสัยมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (นันทพร ศรีนัม, 2544) หรืออาจเนื่องจากการใช้แบบการประเมินรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สิ่งต่างๆ รวมถึงสมาธิและความสามารถตอบคำถามได้มากกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จึงมีผลให้การประเมินคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีต่างกัน หรืออาจเนื่องจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานทำให้เกิดทักษะความรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง อีกทั้งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง แสดงถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพ จึงมีผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจุบันผู้ดูแลสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากรายการทางวิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ จากเอกสารที่ทางโรงพยาบาลจัดทำไว้เพื่อให้คำแนะนำแก่ประชาชน โดยสื่อต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติได้ (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 67 ประกอบด้วย ยาต้านเกล็ดเลือด ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด วิตามินและยาอื่นๆ เช่น ยาเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง ยาป้องกันการชัก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ (เขวเรศ ดีคง, 2546; ศิริพร อิททาคม, 2549) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วยโดยเห็นว่าผู้ป่วยบุคคลสำคัญในชีวิตจึงเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยและพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัดเพื่อรับยาทุกครั้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือไม่ว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงหรือเพศชายต่างก็มีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เขวเรศ ดีคง, 2546; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย หรืออาจเนื่องจากการดูแลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบทางสังคมที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาและคู่สมรส มีผลให้ผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร อิททาคม (2549) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเพศหญิงมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่างจากเพศชาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำกว่าหรือเท่ากับ

ประณตศึกษามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประณตศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและวันโรคพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเยาเวศ ดิคง (2546) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่ามีบางรายงานการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาความรู้และเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพต่างๆ ถ้าผู้ดูแลมีระดับการศึกษาสูงก็จะมีความรู้ในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย (อุมา จันทวิเศษและคณะ, 2536)

จากผลการศึกษานี้ยังพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (เยาเวศ ดิคง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548) ซึ่งพบว่ารายได้ของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลแสดงถึงเศรษฐกิจสถานะที่ใช้ในการแสวงหาสิ่งช่วยเหลือต่างๆ ในการรักษาพยาบาลในการศึกษานี้รายได้ของผู้ดูแล ไม่ทำให้ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแลเรื่องการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยต่างกัน ถึงแม้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน แต่ไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยใช้บัตรประกันสุขภาพ / สังคมสงเคราะห์ จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เท่าเทียมกับผู้ดูแลที่มีรายได้สูง

ผลการศึกษานี้พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของศิริพร อิทาคม (2549) พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยา

ให้กับผู้ป่วยไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากโรคประจำตัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ไม่มีอาการกำเริบ จึงมีผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการในการรับประทานยาได้ไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีกว่า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเวลาน้อยกว่าเท่ากับ 12 เดือน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 12 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและวันโรค (ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา นัตรชนะพานิช, 2548) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับดีมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักผูกพันกันในครอบครัวและมีความมุ่งมั่นและสนใจในการดูแลผู้ป่วย

จากการทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ต่างกับผู้ดูแลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (เยาวเรศ ดิคง, 2546; ศิริพร อิทาคม, 2549; อารยา นัตรชนะพานิช, 2548) อย่างไรก็ตามอายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความสามารถ จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการซึ่งมีพัฒนาการสูงสุดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1995) แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องจากด้วยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและผูกพันถึงแม้ว่าผู้ดูแลมีอายุที่ต่างกันก็สามารถดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาตามแผนการรักษาไม่ต่างกัน อีกทั้งรูปแบบการดูแลของผู้ดูแลเป็นการปฏิบัติตามและสืบทอดตามประเพณี (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งแสดงถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและความกตัญญูเพื่อทดแทนพระคุณ รวมทั้งเป็นการแสดงตัวอย่างที่ดีให้กับลูกหลานให้ยึดปฏิบัติ

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและวันโรค (ศิริพร อิทา

คม, 2549; อารยา นัตรณะพานิช, 2548) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลของเขาวเรศ ดิคง (2546) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ดีมีผลต่อความสนใจ เต็มใจ และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยไปตามหน้าที่ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้

ผลการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ทำให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541) และผู้ดูแลที่อายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาพร้อมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดียิ่งจะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ดูแลให้การสนับสนุนให้กับผู้ป่วยในระดับสูง โดยผู้ดูแลให้เหตุผลว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่ง ครอบครัวโดยพาผู้ป่วยรับการตรวจรับยาตามนัดเกือบทุกครั้ง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (เขาวเรศ ดิคง, 2546; ศิริพร อิททาคม, 2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษานี้ ใช้แบบวัดระดับการสนับสนุนที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ให้กับผู้ป่วย แต่การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายของสังคม ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นและส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตามมา (Cohen & Wills, 1985; ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541)

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ดูแลมีความรู้ระดับใดก็ไม่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เขาวเรศ ดิคง, 2546; ศิริพร อิททาคม, 2549; อารยา นัตรณะพานิช, 2548) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลเรื่องการรับประทานยาไม่มีความซับซ้อน รวมทั้งผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจึง

มีผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2548) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ วรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และสามารถเลือกวิธีการดูแล และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2540) โดยผู้ดูแลที่มีความรู้มากจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ความรู้น้อย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) เมื่อผู้ดูแลตระหนักว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถที่จะดูแลให้ผู้ป่วย รวมถึงสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและเกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง (นันทพร ศรีนัม, 2544)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะบางพื้นที่ของจังหวัดบุรีรัมย์เท่านั้น ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาสําหรับการเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วย มาพิจารณาจัดกิจกรรม เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย
2. มีระบบส่งต่อเพื่อการรักษาที่ตรงกับติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านมีหน่วยบริการในการแนะนำแหล่งประโยชน์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอเช่นองค์กรที่ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งบริการฟื้นฟูสภาพ แหล่งบริการช่วยดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งอุปกรณ์เครื่องมือและอาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย

ด้านการศึกษา

จัดโปรแกรมอบรมให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและวิธีการให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
2. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ทราบถึงความร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
3. ศึกษาปัจจัยร่วมทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อหารูปแบบการประเมินความร่วมมือในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การนับเม็ดยา การบันทึกการใช้ยา
5. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เพื่อทราบเหตุผลเชิงลึกในเรื่องการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' ABILITIES IN STROKE PATIENTS' MEDICATION TAKING

WISA WATCHARASIRIBUNLUE 5136662 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D.
(NURSING), SIRIRAT LEELACHARAS, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

Cerebrovascular disease or stroke is a neurological disease that is caused by abnormality of the blood vessels in the brain. According to a report on the incidents of cerebrovascular disease in Sweden, the ratio of cerebrovascular disease caused by ischemic stroke and that caused by intracranial hemorrhage is 9 to 1 (Erikson & Olsson, 2001). In the United States of America, stroke is the third most commonly diagnosed disease after heart disease and cancer, with the number of newly diagnosed patients of 610,000 and the number of those with relapses of 185,000, depending on the time of the sickness, equal to 13.5%, 38.7%, and 53.9% in one year, five years, and ten years, respectively (Erikson & Olsson, 2001). It was estimated that in 2010, the total cost of medical care of stroke patients was approximately 73.7 million US dollars (Lloyd-Jones, et al., 2009). As for Thailand, the incidence of stroke ranks fourth, after cancer, heart disease, and accidents, respectively. The prevalence of stroke is as high as 690 in 100,000 persons (Nipon Puangwarin, B.E. 2544), 80% of which is stricken with ischemic stroke, whereas the other 20% of which is suffering from intracranial hemorrhage (Kriengsak Limpassathan, B.E. 2553). In 2007, there were 168,740 patients with stroke, and the mortality rate was 20.8 per 100,000 (Policy and Strategy Office,

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2550). The medical care costs in Thailand ranged from 100,000 to 1,000,000 baht per year (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2550). At Buriram Hospital, the numbers of stroke patients increased every year between 2005 and 2008, equal to 2,175, 2,254, 2,434, and 2,868, respectively, with the numbers of patients who had to be re-admitted due to relapses equal to 193, 165, 253, and 284 per year, respectively (Office of Registrar and Statistics, B.E. 2548-2551). When patients are suffering from relapses which require re-hospitalization, their medical care costs will definitely increase.

There are a number of risk factors of stroke such as heart ischemia, diabetes mellitus, cigarette smoking, hypertension, history of cerebrovascular disease (Wong, 1999), age, ethnicity, gender, and high blood cholesterol (Inagawa, 2007). In particular, hypertension is a major risk factor that is frequently found (Nantaga Pakdeepong, B.E. 2553; Apantree Bualuang, B.E. 2553; Arunee Sirikangwankul, B.E. 2545; Atorn Riewpaiboon et al., B.E. 2550). This is because high blood pressure weakens the walls of the blood vessels, making it susceptible to breakage and blood clot. In addition, stroke is also found in 59.1% of elderly patients with deteriorated blood vessels (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2550; Nipon Puangwarin, B.E. 2544). Besides, 61.4% and 87.3% of patients with stroke have other co-morbidities (Jiamjit Soponsuksathit, B.E. 2544; Arunee Kangwansirikul, B.E. 2545). Therefore, patients with risk factors and other co-morbidities need to take various medications to control their chronic conditions and other risk factors (Somsak Tiamkao, B.E. 2552; Arom Jessadayanmetha, B.E. 2550).

At present, stroke is treated with the use of various types of medications depending on the conditions of the patients. For instance, patients with by ischemic stroke are treated with antiplatelet aggregation or anticoagulants, which can reduce the relapses of cerebrovascular disease by 27% (Hamann, 2003; Nipon Puangwarin, B.E. 2541). Furthermore, patients with ischemic stroke have to take medication to control their condition for the rest of their life (Uamporn Sakulkaew, B.E. 2551). Generally, the physicians' treatment will take the causes of stroke and other co-morbidities into consideration. For instance, they may prescribe hypertensive medication, hypolipidemic medication, or medication to control blood sugar levels (Hamann, 2003). However, there are a number of patients who lack medication adherence, which makes them be

re-admitted into the hospital. A research study conducted in Thailand has shown that lack of medication adherence makes more than one quarter of patients, or 26.5%, return to the hospital for treatment (Woranan Prasarnathikom et al., B.E. 2546). Thus, it can be seen that a number of patients with stroke have limitations in self-care practices and are unable to perform their daily living activities, so they have to depend on their caregivers so as to strictly adhere to their pharmacological treatment (Dracup & Meleis, 1982). Medication adherence can significantly reduce the rate of relapses (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, & Diener, 2003) and prevent hospital readmissions.

Various neurological symptoms of stroke affect the patients physically, psychologically, socially, and economically. In terms of physical effects, 68.7% of stroke patients suffer from myasthenia gravis and 90.9% have restrictions in self-care (Nukool Taboonpong, Chorlada Pantusena, & Nittaya Takviriyanan, B.E. 2537), while 52.9% experience impairment of the brain (Nantaga Pakdeepong, B.E. 2553). Therefore, stroke patients have to live with remaining disability (Massakulpan, 2008). In terms of psychological and emotional effects, stroke causes defective perception, interpretation, understanding, and use of information to have proper expression (Petruseviciene & Krisciunas, 2008; Kingkaew Pajaree, B.E. 2547). Patients may also suffer from depression, hence a decrease in quality of life (Surang Lertkachatharn, B.E. 2542). As for social effects, stroke patients have problems socializing with others in society, exchanging ideas, and participating in social activities (Massakulpan, 2008; Tossaporn Khampholsiri, B.E. 2548). Finally, in terms of economic effects, the family of stroke patients has to face increased expenses depending on the severity of the disease or the number of co-morbidities, approximately 3,117 baht per month on average (Vivat Moongkhetklang, B.E. 2542). Thus, it can be seen that stroke affects both the patients and their family, making the patients have self-care deficiency and become dependent on others.

Stroke makes patients have self-care deficiency. It has been reported that 50% of stroke patients are highly dependent on caregivers (Murray & Lopez, 1997), whereas another 20% have to be totally dependent on caregivers (Piyapat Dechpratham, B.E. 2548). Caregivers play an important role to take care of patients. In general, caregivers are parents, spouses, children, relatives, friends, or significant persons in patients' life (Yupapin Siraphongam, B.E. 2539). Most of the caregivers, or 79.2%, take

care of patients' medication intake when they are at home (Woranan Prasarnathikom et al., B.E. 2546) and help them with physical rehabilitation and psychological encouragement (O'Connell & Baker, 2004; Ruethai Sansee, Prayong Limtrakul, & Decha Tamdee, B.E. 2551). Thus, it can be seen that caregivers and family members play a very important role in care when patients are at home, so they need to have knowledge and ability to provide care to the patients in accordance with the severity of the disease (Jaruek Thaneerat, B.E. 2545) to satisfy the needs of care of patients. Provision of care to patients at home requires preparation of caregivers and their basic factors need to be studied so as to ensure that these caregivers can accomplish the caregiving goals (Sulak Wongtheerapak, B.E. 2550).

A review of literature has shown that caregiver factors related to their ability to care for stroke patients' medication intake include relationship between caregivers and patients (Prakobporn Timthong, B.E. 2550) and knowledge about stroke (Arom Boonkerd, B.E. 2540). In addition, there are studies conducted with caregivers of other patients. For instance, Piyarat Nimpitakpong (B.E. 2548) found that caregivers of patients with congestive heart failure reminded the patients to adhere to medication. Previous studies conducted with caregivers of patients with other chronic conditions have also indicated that caregiver factors include relationship between caregivers and patients (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548), educational background (Yaowares Deekong, B.E. 2546), gender (Siriporn Ithakom, B.E. 2549), knowledge about the disease (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548), and knowledge about side effects and management of side effects of medication (Araya Chathanapanich, B.E. 2548). All of these factors are found to be related to caregivers' ability to care for patients' medication intake.

Therefore, it can be concluded that stroke is a commonly found condition and a leading cause of death. It also causes disability and creates caregiving burden on the family of the patients. A review of existing research and literature has suggested that relapses and re-hospitalization are generally caused by patients' lack of medication adherence, which increases the severity of the disease and affects the patients, their family, society, and the country, particularly stroke patients who are dependent on their caregivers. According to the literature review, there is no study conducted with caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. For this reason, the

researcher is interested in investigating caregiver factors associated with medication intake in stroke patients. It is anticipated that the findings of the present study will be used as baseline data in devising a care service system to involve caregivers in provision of care of medication intake of patients after hospital discharge. Also, the findings of this study can be utilized to more effectively promote care of patients' medication intake to ensure their medication adherence.

Conceptual Framework of the Study

The present study investigates caregiver factors related to medication intake in stroke patients. The theoretical framework of this study derived from a review of related literature. It has been found that caregiver factors related to their ability to care for patients' medication intake are as follows:

Fundamental factors related to caregivers include **1) Age:** It has been found that age has an influence on caregivers' caregiving efficacy, which is highest in adulthood (Orem, 1995). However, three studies found that caregivers' age is not related to patients' medication intake (Yaowares Deekong, B.E. 2546; Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chatthanapanich, B.E. 2548). **2) Average income:** Income generally indicates the economic status that enables individuals to seek assistance in healthcare. However, three studies found that caregivers' income is not related to patients' medication intake (Yaowares Deekong, B.E. 2546; Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chatthanapanich, B.E. 2548). **3) Gender:** Generally, it is believed that the male gender and the female gender have different beliefs, attitudes, and values. Females are raised to become a caregiver of the family, while males are raised to earn an income to support the family's living, including paying for caregivers (Nilrat Vacharapichart, B.E. 2543; Wimolrat Puwarawutpanich, B.E. 2537). A study has revealed that gender is associated with caregivers' ability to care for patients' medication intake (Siriporn Ithakom, B.E. 2549). **4) Education:** Education enables caregivers to learn about the needs of dependent persons, and it is important for caregivers' development of knowledge, skills, and positive attitudes toward caregiving tasks (Piangjai Tiraprai Wong, B.E. 2540). Educational background also enables

caregivers to search for knowledge and understanding of various health statuses. A previous study has shown that educational background is associated with caregivers' ability to care for patients' medication intake (Yaowares Deekong, B.E. 2546). **5) Duration of care:** The time spent on giving care to the patients makes caregivers develop knowledge and accumulate experience in care. However, existing studies have reported that there is no relationship between duration of care and caregivers' ability to care for patients' medication intake (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chatthanapanich, B.E. 2548). **6) Health status:** Health status refers to functional structure of the body including sickness, emotional status, and stress, which in turns indicates individuals' ability to cope with problems (Katekong Seehawong, B.E. 2539). However, a previous study has reported that there is no relationship between caregivers' health status and their ability to care for patients' medication intake (Siriporn Ithakom, B.E. 2549), while another study has shown that health status is related to caregivers' ability to care for stroke patients (Prinyaporn Poomcharoen, B.E. 2550). **7) Relationship between caregivers and patients:** Relationship between caregivers and patients is considered an important form of interdependence in the family (Chantana Chanprakone, B.E. 2550; Prakobporn Timthong, B.E. 2550). Previous studies have shown that relationship between caregivers and patients was related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). However, Yaowares Deekong (B.E. 2546) has reported that there was no association between relationship between caregivers and patients and caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. **8) Caregiver and family support for patients:** A review of related literature has shown that mostly caregivers receive support from a social network. Family support is considered an important resource that responds to patients' needs for care (Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544). A study has reported that caregivers are likely to support patients by reminding them to adhere to the physician's treatment plan (Piyarat Nimpitakpong, B.E. 2548). Furthermore, social support that caregivers receive from a social network was related to caregivers' ability to care for patients' medication intake (Araya Chathanapanich, B.E. 2548). **9) Knowledge about the disease:** Knowledge about the disease is considered a significant factor that enables caregivers to have learning experience and develop

perception of patients' needs, thus being able to appropriately choose the methods of care (Jom Suwanno, B.E. 2540). A previous study conducted with tuberculosis patients has shown that knowledge about the disease is moderately and positively related to caregivers' ability to care for patients' medication intake (Araya Chathanapanich, B.E. 2548).

Most of the studies reviewed in this study are related to caregivers of patients with other diseases, involving interesting factors that have never been investigated in caregivers of stroke patients. In the present study, the selected factors related to caregivers' ability to care for patients' medication intake included personal factors (age, gender, income, educational background, duration of care, and health status), relationship between caregivers and patients, caregiver and family support provided to patients, and knowledge about stroke to respond to stroke patients' necessity regarding medication intake. The conceptual framework of the study can be illustrated the following table:

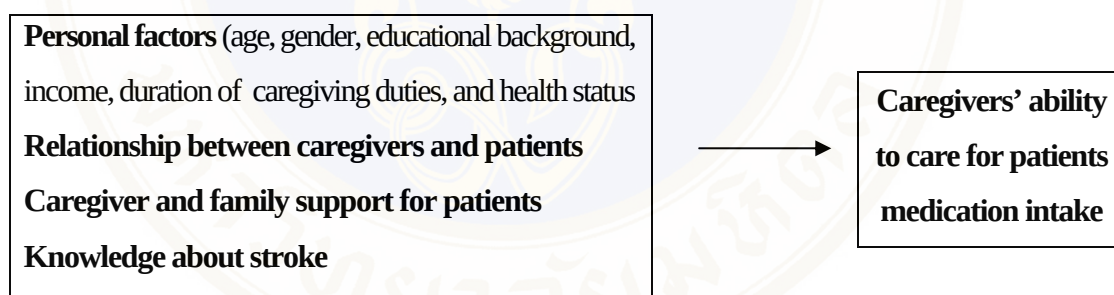


Figure 1 Conceptual framework of the study

Research objectives

1. To investigate basic factors of caregivers, relationship between caregivers and patients, caregiver and family support for patients, and knowledge about stroke and caregivers' ability to care for patients' medication intake.
2. To determine the relationship between age, gender, educational background, income, duration of care, and health status of caregivers, between

caregivers and patients, family support and knowledge about stroke and caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake.

Research Questions

1. What are basic factors of caregivers, relationship between caregivers and patients, caregiver and family support for patients, knowledge about stroke, and caregivers' ability to care for patients' medication intake like?
2. Is there a relationship between age, gender, educational background, income, duration of care, and health status of caregivers, between caregivers and patients, family support and knowledge about stroke and caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake?

Scope of the Study

The present study was descriptive research with purposive sampling. Data were collected by interviewing 100 primary caregivers who had been supervising medication intake of stroke patients at home for more than one month. The study subjects lived in five districts in Bureeram Province. Data collection took place between October and November, 2010.

Definition of Terms

Stroke patients refer to male and female patients who suffered from pathology of the cerebrovascular disease and has been diagnosed with ischemic stroke or intracranial hemorrhage by a physician.

Caregivers refer to patients who were family members and lived in the same household with stroke patients. They could be the husband, wife, father, mother, child, sibling, or relative of the stroke patients, and they had been taking care of the stroke patients when it came to medication intake for at least one month. Employees

who received a salary or a monetary return for providing care to the stroke patients were not considered a caregiver.

Age refers to the age of the caregivers in a full year from the day they were born to the day the data were collected from them. The age was rounded up if there were more than six months left.

Gender refers to the gender of the caregivers—either male or female.

Income refers to a total amount of money in the Thai baht that the caregivers received from work or other people in each month.

Educational background refers to the highest level of education attained by the caregivers.

Duration of care refers to a time span in months beginning from the day the caregivers started giving care to the stroke patients and ending on the day the data were collected by the researcher.

Health status refers to the health condition of the caregivers while they were providing care to the stroke patients, divided into having a chronic condition and not having a chronic condition.

Relationship between caregivers and patients refers to the closeness between caregivers and stroke patients involving expressions of love, sacrifice, satisfaction, honesty, mutual respect and acceptance, attachment, and feeling of stability and security in the relationship. In this study, the relationship between caregivers and stroke patients was assessed using a closeness assessment scale developed by Walker (1983) and translated into the Thai language by Piangjai Tiraprai Wong (B.E. 2540).

Caregiver and family support refers to the assistance provided to the stroke patients by primary caregivers or family members such as parents, spouse, children, or relatives, which could be categorized into social support, emotional support, information support, and tangible support. In the present study, caregiver and family support was assessed using a social support scale constructed by Urapan Anuwutnavin (B.E. 2539).

Knowledge of stroke refers to knowledge about the meaning, causes, symptoms, treatment, and complications of stroke. In this study, knowledge of stroke

is assessed using the knowledge of stroke questionnaire developed by Uma Chantaviset, Aimon Jew, Udom Visetsan, and Pattarawadee Auepichayanon (B.E. 2536).

Caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake refers to the levels of caregivers' ability to ensure that stroke patients effectively take their medication including reading medicine labels every time before administering the medicine; giving the correct amounts and doses at the correct times and with the correct methods; and assessing possible side effects of the medication on the patients. In this study, caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake was assessed using a questionnaire developed by the researcher based on the principles of medication administration and the concepts of effective administration of medication.

Methodology

Population and sample

The population of the study consisted of primary caregivers who took care of medication intake of stroke patients living in Buriram Province.

The study sample was composed of 100 primary caregivers who were related to stroke patients as a spouse, parent, child, sibling, or relative, who were not paid employees, and who lived in the same household with the patients and had been taking care of stroke patients' medication intake for more than one month. They were living in five districts in Buriram Province.

Instruments

The instruments used to collect data in this study could be divided into five parts as follows:

Part I: Patient and caregiver demographic characteristic questionnaire consisted of a questionnaire to assess daily living activities of patients developed by Collin et al. (1988) and translated into the Thai language and revised by Suthichai Jitapankul (B.E. 2537). In the present study, the questionnaire was tried out with 30 primary caregivers of stroke patients and Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.88.

Part II: Relationship between caregivers and patients interview protocol was developed by Walker (1983) and translated into Thai by Piangjai Tiraprai Wong (B.E. 2540). The interview protocol was examined to ensure validity by a panel of three experts, and it was also tried out with 30 primary caregivers of stroke patients. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.89.

Part III: Caregiver and family support interview protocol was constructed by Urapan Anuwutnavin (B.E. 2539) and was examined to ensure validity by a panel of five experts. In this study, it was tried out with 30 primary caregivers of stroke patients and Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.83.

Part IV: Caregivers' knowledge about stroke interview protocol was constructed by Uma Chantaviset et al. (B.E. 2536) and was examined to ensure validity by a panel of five experts. In the present study, the interview protocol was tried out with 30 primary caregivers of stroke patients and Kuder-Richardson reliability coefficient was equal to 0.83.

Part V: Caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake interview protocol was developed by the researcher based on the principles of medication administration and the concepts of effective administration of medication. The interview protocol was examined to ensure validity by a panel of six experts, with the validity index of 0.89. In addition, the interview protocol was also tried out with 30 primary caregivers of stroke patients. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.82.

Protection of the Rights of Human Subjects

The researcher conducted research with research ethics taken into careful consideration. The research proposal was first submitted to the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After approval was granted, the researcher introduced herself to the would-be study subjects and explained research objectives, informed them of their rights to participate in the study, and asked for their cooperation to participate in the study. The subjects who agreed with participation were asked to sign the informed consent form to indicate their willingness to take part in the study. They were assured by the researcher that there was no risk involved in the data collection process, and their decision to participate in the study or to refuse to participate in the study would not affect the

treatment they would receive from the hospital in any way. Also, they were informed that the data collected from them would be kept strictly confidential and would be published only as group data.

Data Collection

The researcher collected data from the subjects by herself with no research assistants. After permission to collect data was granted by the Institutional Review Board of Mahidol University, the researcher studied the list of names of stroke patients from the database of Buriram Hospital in 2009 and coordinated with healthcare officials working at 80 health stations. The letter issued by the School of Graduate Studies, Mahidol University, was sent along with the patients' name list to ask for verification, with a request for a mailed response. After that, the researcher made an appointment for data collection in the area. After the researcher met the would-be subjects, the researcher gave explanation regarding study objectives and protection of the rights of human subjects. The subjects who agreed to participate in the study were asked to sign the informed consent form, and the researcher gave further explanation on data collection procedures. The data collection process took approximately 45 to 60 minutes, and the researcher gave the subjects an opportunity to ask questions if they wished.

Data Analysis

The data collected from the study subjects were analyzed using as statistical computer program. The statistics used in the analysis included descriptive statistics of frequency distribution, percentage, range, mean, and standard deviation. Furthermore, Chi-square and Spearman Rank Correlation were employed to determine the relationships between the study variables. The level of statistical significance was set at .05.

Findings

The study findings revealed that caregiver factors of relationship between caregivers and patients and caregiver and family support were positively related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance.

Discussion of Findings

Personal factors

According to the study findings, most of the caregivers of stroke patients were adults. This finding was consistent with the findings of previous studies that caregivers of stroke patients were in their adulthood (Jiamjit Sophonsuksathit, B.E. 2544; Praongam Suanchan, B.E.2550; Pornpat Imoath, B.E. 2550; Yupapin Siraphongam, B.E. 2546; Vinita Choochuay, B.E. 2547). Adulthood is the time when individuals have their own family, job stability, and highest level of responsibility (Orem, 1995). In general, adult caregivers have better potential to provide care to patients than those who are in their old age because they still have good health, so they are expected to become caregivers if family members are sick. In this study, it was found that most of the caregivers had a family and lived with stroke patients. Similar findings have been reported in previous studies conducted with stroke patients (Kotchapan Chobnithat, B.E. 2551; Prokobporn Timthong, B.E. 2550; Praongam Suanchan, B.E. 2550; Fuenglada Kanechaiyawong, B.E. 2539; Ruethai Sansee, Prayong Limtrakul, & Decha Tamdee, B.E. 2551; Vorathida Maskasem, B.E. 2552; Orasilp Chuenkul, B.E. 2542). Furthermore, if spouses have a good relationship with each other, the love and attachment they have for each other will make them willing and committed to provide good care to the patient (Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2537), hence a high quality of care.

In terms of gender, most of the caregivers were female. The largest group consisted of children of the stroke patients, followed by those who were spouses. Such findings were congruent with the findings of previous studies in stroke patients (Kotchapan Chobnithat, B.E. 2551; Kannikar Konghom, B.E. 2546; Jom Suwanno, B.E. 2540; Prokobporn Timthong, B.E. 2550; Fuenglada Kanechaiyawong, B.E. 2539; Pornpat Imoath, B.E. 2550; Waraporn Jithanon, B.E. 2547; Vinita Choochuay, B.E. 2547; Orasilp Chuenkul, B.E. 2542; Athorn Riewpaiboon et al., B.E. 2550; Uma Chantaviset et al., B.E. 2536). This is because females are generally raised to become persons who take care of the household and other members of the family, including sick family members. They are also taught to learn to adjust themselves to ensure balance between their duties and responsibilities and their internal potential (Nilrat

Wacharapichart, B.E. 2043; Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2537). Most of the caregivers explain that they take the caregiving tasks because of the love and attachment they have for the sick family members (Saowapa Praotaku, B.E. 2549). On the other hand, caregivers who are children of the sick persons explain that they are performing their social and cultural duties to show their gratitude and to pay back for what their parents have done for them (Sasipat Yodpetch, B.E. 2548). Finally, caregivers who are spouses of the patients reason that they have lived and spent their life with the patients, so they are willing to take care of the patients because of the love and concern they have. They also know that caregiving is one of the duties of the spouse.

As regards educational background, most of the caregivers in this study completed elementary education. This finding yielded support to the finding of previous studies (Jom Suwanno, B.E. 2540; Jiamjit Sophonsuksathit, B.E. 2544; Fuenglada Kanechaiyawong, B.E. 2539; Yaiwares Deekong, B.E. 2546; Ruethai Sansee, Prayong Limtrakul, & Decha Tamdee, B.E. 2551; Vinita Choochuay, B.E. 2547; Sasipat Yodpetch, B.E. 2548; Orasilp Chuenkul, B.E. 2542). In the past, only elementary education was compulsory in Thailand. It is believed that education enables caregivers to learn about the patients' needs and to further develop their knowledge, skills, and positive attitudes toward their caregiving tasks (Piangjai Tiraprai Wong, B.E. 2540). A study conducted with caregivers of stroke patients has reported that caregivers who are highly educated are able to get a job to earn the living of the family (Waraporn Jithanon, B.E. 2547). Besides, caregivers who are educated are able to search for various sources of support to provide care to the patients (Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2537).

According to the study findings, most of the caregivers were agriculturists. Moreover, their income was lower than 5,000 baht per month. Likewise, previous studies have shown that caregivers of stroke patients have a low monthly income (Kannikar Konghom, B.E. 2546; Jiamjit Sophonsuksathit, B.E. 2544; Pornpat Imoath, B.E. 2550). Furthermore, most of the caregivers had insufficient income and were indebted, which was in congruence with the finding of previous studies (Prakobporn Timthong, B.E. 2550; Ruethai Sansee et al., B.E. 2551; Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Sunitra Jatupornpipat, B.E. 2543). This is because the patients are unable to work as they used to due to their pathology (Petruseviciene & Krisciunas, 2008). In this study,

most of the family members who became caregivers were in their working age, ranging from 41 to 60 years old, so when they had to quit their job to take care of the patients, the income of the family was reduced and became insufficient for increased expenses.

With regard to duration of care, it was discovered that most of the caregivers had been providing care to the patients from one to four years (with the mean of 3.18 years). Likewise, Vinita Choochuay (B.E. 2547) and Vorathida Maskasem (B.E. 2552) conducted a study and found that the duration of care was one to four years and one to three years, respectively. This is because stroke is a chronic condition which requires a long period of time for rehabilitation to be near normal. Long duration of provision of care makes caregivers become skillful and experienced in caregiving duties (Jom Suwanno, B.E. 2540).

Furthermore, most of the caregivers had assistants and they were children of the patients. Such findings were consistent with the findings of previous studies (Prakobporn Timthong, B.E. 2550; Fuenglada Kanechaiyawong, B.E. 2539; Ruethai Sansee et al., B.E. 2551; Sunitra Jatupornpipat, B.E. 2543). Generally, family caregivers are considered an important resource of care provided to stroke patients (Jom Suwanno, B.E. 2541). When caregivers themselves receive support from other resources, they are empowered and enabled to provide care to patients with confidence and psychological stability (Viparat Navarat et al., B.E. 2547). It also helps reduce burdens and stress of caregivers, hence a good quality of care provided to the patients.

Regarding health status of caregivers, the findings revealed that most of the caregivers were healthy and did not have any chronic condition. This finding was congruent with the finding of previous studies (Kannikar Konghom, B.E. 2546; Jom Suwanno, B.E. 2540, 2541; Nichthima Srijamnong, B.E. 2553; Prakobporn Timthong, B.E. 2550; Praongam Suanchan, B.E. 2550; Piangjai Tiraprai Wong, B.E. 2540; Pornpat Imoath, B.E. 2550; Waraporn Jithanon, B.E. 2547; Vinita Choochuay, B.E. 2547; Siriporn Ithakom, B.E. 2549). In general, family members who are healthy are expected to become caregivers more than those who are not healthy (Jom Suwanno, B.E. 2540). This is because healthy caregivers are better able to cope with stress than those who are weaker. They are also more confident to successfully perform their caregivers' role (Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2537). In the present study, it was found that caregivers did not have any chronic illness and they were still in their

adulthood, so their good health status made them become caregivers when their family members were sick.

Close to three quarters of caregivers took stroke patients to all doctor's appointments. Similarly, Siriporn Ithakom (B.E. 2549) and Araya Chathanapanich (B.E. 2548) found that caregivers took hypertension and tuberculosis patients to see the doctors as appointed, respectively. This could be explained that most caregivers realize that going to see the doctors means adherence to the treatment plan. If they take the patients to see the doctors after the day of the appointment, the patients may have to miss some medication meals. They may also realize that if there are some medicines left, it means that patients previously made mistakes with their medication intake or may have received medication from other sources (Wanida Manakitjongkol, B.E. 2549). In this study, most of the patients, or 83%, had sufficient medicines until the day of the appointment. Likewise, Wanida Manakitjongkol (B.E. 2549) has reported that most of the patients had enough medication to last to the day of the appointment. The finding of the present study may be explained that the stroke patients had the rights to receive medication in accordance with the health insurance plan of the government without having to pay for it and the prescription was sufficient. On the other hand, it may also be possible that caregivers may forget to make sure that the patients took their medication in some meals.

In terms of the relationship between caregivers and stroke patients, the findings revealed that their relationship was at a high level. A similar finding has been reported in previous studies (Prakobporn Timthong, B.E. 2550; Piangjai Tiraprai Wong, B.E. 2540; Pornpat Imoath, B.E. 2550; Waraporn Jithanon, B.E. 2547). One plausible explanation is that the caregivers are children or spouses of the patients, so they have love, attachment, and closeness for the patients. These caregivers may also realize that the patients are significant persons in their life and they have confidence in their relationship with the patients. Therefore, they are willing to take care of the patients and satisfy their needs.

Furthermore, it was found in this study that caregiver and family support provided to stroke patients was at a high level. When considering each aspect of support, it could be seen that tangible support, emotional support, and social support were at a high level, whereas information support was at a moderate level. These

findings were similar to the findings of previous studies (Pornpat Imoath, B.E. 2550; Urapan Anuwutnavin, B.E. 2539). It is possible that caregivers see stroke patients as important persons in the family and they share love and attachment with the patients, so they are willing to help the patients when they are in need.

As for knowledge about stroke, most caregivers had knowledge about stroke at a high level, while some had knowledge about stroke at a moderate level. Such findings were consistent with the findings of Worathida Maskasem (B.E. 2552), but they were inconsistent with the findings of Apinya Iamtrakarn (B.E. 2547) and Attharos Pansombat et al. (B.E. 2550) which indicated that most of the caregivers had a low level of knowledge about stroke. Besides this, Pornpat Imoath (B.E. 2550), Uma Chantaviset et al. (B.E. 2536), and Urapan Anuwutnavin (B.E. 2539) have reported that most caregivers of stroke patients had knowledge about stroke at a moderate level. It is possible that some caregivers may feel reluctant to ask questions when they are talking to the physician or nurse, so they still have some doubts or misunderstanding about the disease. As a result, they may lack some knowledge and skills necessary for provision of care to patients (Nantaporn Srinim, B.E. 2544). One plausible explanation for such discrepancies in study findings is the use of different instruments or sample groups. In the present study, the subjects were caregivers of stroke patients during the rehabilitation phase, during which the patients have stable symptoms. Thus, caregivers may have better perception, concentration, and readiness to answer questions than those who are caregivers of stroke patients in the acute phase. As a consequence, the scores of knowledge about stroke were different. In addition, experience accumulated from long years of providing care to stroke patients may equip caregivers with knowledge about stroke. Also, when caregivers take the patients to see the doctor on the day of the appointment, they have a chance to receive information from the healthcare team. Therefore, they have a chance to learn and adjust their caregiving tasks to better suit the patients' needs and conditions. According to Sasithorn Changsuwan (B.E. 2548), at present caregivers are able to search for health knowledge from a wide variety of media including radio, television, magazines, printed materials, and pamphlets distributed by the hospital, so they are better able to learn about caregiving techniques and apply when providing care to their patients.

Finally, the study findings indicated that 67% of the caregivers had the ability to take care of stroke patients' medication intake. The medications taken by stroke patients include antiplatelet, anticoagulants, antihypertensive drugs, anti-hyperthermia drug, vitamins, and other drugs such as medication to increase blood circulation in the brain, anti-seizure drugs, etc. The findings were congruent with the findings of the studies conducted with caregivers of AIDS and hypertensive patients that caregivers play an important role to ensure medication adherence in these patients (Yaowares Kongdee, B.E. 2546; Siriporn Ithakom, B.E. 2549). This may be because most of the caregivers are children or spouses of the patients and they know that the patients are significant persons in their life, so they have motivation to take care of the patients and take the patients to see the doctors at every appointment.

Relationships among study variables

The finding showed that gender was not related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance. That is, both male and female caregivers are able to similarly care for stroke patients' medication intake. This finding was consistent with the finding of previous studies (Yaowares Deekong, B.E. 2546; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). In this study, it was found that both male and female caregivers were mostly in adulthood, the time in life when they were responsible for provision of care. It may also be because they feel that caregiving is a social responsibility that requires individuals to take care of their parents and spouses. Thus, the caregivers provide same kind of care regardless of their gender. However, such findings were inconsistent with the findings of Siriporn Ithakom (B.E. 2549) who conducted a study with hypertensive patients and found that gender was associated with caregivers' ability to care for patients' medication intake with statistical significance. This may be because female caregivers had been raised to be more responsible for taking care of the household and family members than male (Nilrat Wacharapichart, B.E. 2543). As a result, female caregivers are more skillful than male caregivers when providing care to patients.

Furthermore, the study findings revealed that educational background was not associated with caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. It is possible that caregivers are able to provide similar care to the stroke patients

regardless of how highly they are educated. Previous studies have shown that educational background of caregivers is not related to caregivers' ability to care for medication intake of patients with hypertension and tuberculosis, respectively (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). However, the finding was not consistent with the finding of Yaowares Deekong (B.E. 2546) that educational background was related to caregivers' ability to care for patients' medication intake. It can be seen that in some cases caregivers who are more highly educated are better able to care for patients' medication intake than those who are less educated. This is because education enables caregivers to learn about the needs of dependent persons, and it is important for further development of knowledge, skills, and positive attitudes toward caregiving duties (Piangjai Tiraprai Wong, B.E. 2540). Moreover, a higher level of education enables caregivers to search for knowledge and information about health status and utilize available resources (Uma Chantaviset et al., B.E. 2536).

The findings of this study also showed that income was not associated with caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. That is, caregivers who earned less than 5,000 baht per month could perform a similar quality of care to caregivers who earned equal to or more than 5,000 baht per month. Previous studies have revealed that caregivers' income was not related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake (Yaowares Deekong, B.E. 2546; Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). This could be explained that average monthly income of caregivers reflects their financial status which is used to search for resources in care. In this study, even though the caregivers earned less than 5,000 baht per month, their caregiving ability was not affected. It may be because the patients used the general healthcare coverage scheme, so they were able to gain access to public health services just like those with caregivers who had a high income.

The findings also indicated that there was no relationship between health status and caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. In other words, caregivers who also had a chronic condition were able to perform caregiving tasks just like those who were healthy and disease-free. Likewise, Siriporn Ithakom (B.E. 2549) has reported that health status is not related to caregivers' ability to care for patients' medication intake. This may have been because the caregivers' chronic

conditions are controllable and with no relapses, so the caregivers have sufficient potential to perform care to satisfy the needs of the patients just like those who are healthy.

The findings of the present study indicated that duration of care was not related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. That is, caregivers who had been providing care to the patients for less than 12 months were as able as those who had been caregivers for a longer period of time when it came to provision of care of medication intake. Likewise, previous studies conducted with caregivers of patients with hypertension and tuberculosis have shown that there is no relationship between duration of care and care of medication intake (Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). This may be because when caregivers had a very high level of relationship with the patients, they will pay attention and be committed to their caregiving duties.

When Spearman's rank correlation was used, it was found that age was not associated with caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance. This means that older caregivers and younger caregivers alike are able to provide the same quality of care to the patients. Similar findings have been reported by previous studies (Yaowares Deekong, B.E. 2546; Siriporn Ithakom, B.E. 2549; Araya Chathanapanich, B.E. 2548). However, age of caregivers has an influence on their care efficacy as the efficacy changes with individuals' developmental stages, and it will peak in adulthood (Orem, 1995). Nevertheless, the findings of the present study that age is not related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake may be explained that when caregivers have a good relationship with the patients, they will provide care with love and affection. Therefore, they can similarly provide care to make sure that patients adhere to medication intake regardless of how old they are. Furthermore, caregiving patterns are considered a traditional practice which reflects individuals' gratitude to those who have been good to them (Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2552), so these caregivers perform their caregiving duties similarly regardless of their age.

According to the study findings, there was a statistically significant relationship between relationship between caregivers and patients and caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake. Such finding yielded support to the findings of previous studies conducted with patients with hypertension and

tuberculosis by Siriporn Ithakom (B.E. 2549) and Araya Chathanapanich (B.E. 2548), respectively. However, this finding is inconsistent with the finding of Yaowares Kongdee (B.E. 2546) who found that there is no relationship between caregivers and patients and caregivers' ability to care for patients' medication intake. It can be explained that if caregivers have a good relationship with patients, they will be attentive and willing to provide care to the best of their ability, including making sure that the patients adhere to their medication. On the contrary, if the caregivers do not share a good relationship with the patients, they may perform their caregiving duties minimally, and this can lead to stress.

The findings of this study also revealed that caregiver and family support was associated with caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance. This may be because caregivers are an important resource that satisfies the needs of care of patients (Jom Suwanno, B.E. 2541). Older caregivers who have more experiences in life are also likely to have more information that can support their informed decision-making and problem-solving to ensure good quality of care (Vimolrat Phuwarawutpanich, B.E. 2537). In this study, caregivers provided a high level of support to patients, and they reasoned that the patients were important persons in their life. Thus, they took the patients to almost all of their doctor's appointments. However, the findings are not consistent with the findings of previous studies conducted by Yaowares Deekong (B.E. 2546) and Siriporn Ithakom (B.E. 2549) who found there was no relationship between social support and care of medication intake. The discrepancy in the study findings may result from use of different instruments to assess social support. In this study, an instrument was used to assess the support given to the patients by their caregivers and family members. On the other hand, previous studies made use of a questionnaire to assess social support patients receive from their social networks, based on the assumption that when caregivers receive support from their social networks, they will have more caregiving efficacy, hence better healthcare behaviors (Cohen & Willis, 1985; Prateung Pimpho, B.E. 2541).

Finally, the findings showed that knowledge of stroke was not related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance. In other words, caregivers provided the same kind of care regardless of their knowledge of the disease. Similarly, Yaowares Deekong (B.E. 2546) and

Siriporn Ithakom (B.E. 2549) found that knowledge of the disease and its treatment is not related to caregivers' ability to care for patients' medication intake. One plausible explanation is that the pattern of care of medication intake is not complicated, so caregivers are able to make sure that patients adhere to their medication regardless of their knowledge of the disease. Moreover, the caregivers in this study had a good relationship with the patients, so they were likely to perform their caregiving tasks to the best of their ability. However, Araya Chathanapanich (B.E. 2548) has reported that knowledge of the disease is related to caregivers' ability to care for patients' medication intake. Likewise, Vorathida Maskasem (B.E. 2552) has found that knowledge of stroke was related to caregivers' ability to care for stroke patients' medication intake with statistical significance. It can be explained that knowledge of the disease enables caregivers to have learning experience and to perceive the needs of care of patients, so they are able to provide care to the patients more effectively (Jom Suwanno, B.E. 2540). According to Sasipat Yodpetch (B.E. 2548), caregivers who have more knowledge of the disease are better able to provide care to patients than those who have less knowledge. When caregivers realize that they have knowledge and ability to care for the patients, and when they are able to make decisions to solve care-related problems by themselves, they will be confident to do various activities to assist patients and continue their caregiving duties effectively (Nantaporn Srinim, B.E. 2544).

Limitations of the Study

In this study, purposive sampling was used to select the study subjects. There was no random sampling, and data were collected from only some parts of Buriram Province. Therefore, the findings of the study may not be generalized to other groups of population.

Recommendations

For nursing practices

1. The factors of relationship between caregivers and patients and caregiver and family support should be taken into account when organizing activities to promote relationships between caregivers and patients and to encourage family members to provide care to the patients.
2. There should be an agency to provide consultancy to caregivers who need to increase their knowledge and skills related to provision of care to stroke patients.
3. A clear-cut and effective referral system should be established, and home visits should be regularly conducted.
4. There should be a service unit that offers advice on available resources to ensure sufficient support for caregivers of stroke patients such as organizations that provide financial assistance, rehabilitation services, care of chronic patients, and necessary equipment and tools including supplementary diets for stroke patients.

For nursing education

Providing educative programs for the caregiver's about how to support the patient's medication taking, consequently improve the caregiver's abilities of care.

For nursing research

1. A study should be conducted to replicate the present study with other groups of caregivers of stroke patients living in other areas so as to make the findings generalizable to a wider group of populations.
2. A study should be carried out with stroke patients to shed more light into their self-care efficacy especially medication intake and adherence.
3. Qualitative research should be conducted with caregivers so as to gather more in-depth information on medication intake and adherence of stroke patients.
4. A program should be developed to promote efficacy and strength of caregivers so as to enable them to better care for medication intake of stroke patients.

รายการอ้างอิง

- กษพรณ ขอบนิทัศน์. (2551). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. (2553). *โรคสมองขาดเลือด*. ในเกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 33 - 82). เชียงใหม่: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือปฏิบัติมาตรฐานป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทิศทางการพิมพ์ นครสวรรค์.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณา พิวเวช. (2550). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. ในนิจศรี ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (หน้า 205-228). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). *การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น*. ใน กัลยา วานิชย์บัญชา (บรรณาธิการ), *หลักสถิติ* (หน้า 35 - 37). กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). *ความสำคัญและขั้นตอนการนำสถิติไปใช้ในงานวิจัย*. ใน กัลยา วานิชย์บัญชา (บรรณาธิการ), *สถิติสำหรับงานวิจัย* (หน้า 19 - 20). กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย.
- เกวลิน แสงบุญ. (2545). *การศึกษاثิทธิพลของรางวัลจากการดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดของญาติระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เกษมกล ภิบาลวงษ์. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. สารนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษก่อง สีหะวงษ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2548 - 2551). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลบุรีรัมย์. หน่วยงานเวชสถิติ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดบุรีรัมย์.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-157.
- จันคณา นูระโอสถ และ สราวุธ จันทน์มหัสติย. (2550). การหักแบ่งเม็ดยา. ไทยโภชนาการ, 4(1), 49-60.
- จันทนา ชาญประโคน. (2550). สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จันทรา พรหมน้อย. (2547). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินทกา อรรถสาร. (2551). ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 16(2), 682-289.

- จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (2547). การใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท. *วารสารสถาบันประสาทวิทยา*, 6(2), 73 - 78.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229 - 237.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229 - 237.
- จุริรัตน์ กอผจญ. (2545). การศึกษาอิทธิพลความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญ ตรีศักดิ์. (2550). การใช้ยาอย่างถูกต้อง. ใน อรรถกฤษณา แพร่ตกุล (บรรณาธิการ), *รอบรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ* (หน้า 57-74). กรุงเทพฯ: สันติศิริการพิมพ์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์*. ขอนแก่น:ศิริรักษ์ออฟเซต.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2544). ปัญหาที่เกิดขึ้นกับอัมพาต. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุดิมา มาตยมูล. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐกรรค์ ชัยสาม. (2550). *ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิษยา รัตนกร และ เจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2551). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน ทศพร ลิ้มพิจารณ์กิจ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- ถิ์สิด คิฐวัฒน์โยธิน. (2549). *10 ระบบเปลี่ยนแปลงเมื่อวัยเปลี่ยนไป*. กรุงเทพฯ : เนชั่น มัลติมีเดีย กรุ๊ป
- ทศพร คำผลศิริ. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: มโนทัศน์และการประเมิน*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(1), 65-74.

- นันทกา กักดีพงษ์. (2553). *ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2544). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2544). *ยาป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ*. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรมและดัชนีค้นหาชื่อยา พ.ศ. 2543-2544*. (หน้า 106-111). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2545). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 465- 474). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2548). *แนวทางการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉพาะที่ระยะเฉียบพลัน*. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *Evidence base clinical practice guideline ทางอายุรกรรม 2548* (หน้า 220-229). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี สุวรรณเวลา. (2540). *Diagnosis and management of acute ischemic stroke*. *จุฬาสารสมาคมประสาทศาสตร์แห่งประเทศไทย*, 6(3), 41-57.
- นิชธิมา ศรีจันท. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2541). *การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. *สารศิริราช*, 50(11), 1110-1114.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมองฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). *ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิลรัตน์ วัชรากิจาต. (2543). *บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤกุล ตะบันพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา, และนิตยา ดากวิริยะนันท์. (2537). *ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14(2), 1-13.

- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (2549). ผลการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญญรัตน์ เฟ็กเดช. (2545). การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาการสื่อสาร และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาศ เลปวิทย์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง กรณสูตร. (2524). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (หน้า 12). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรารธนา สถิตวิภาวีและคณะ. (2545). ผลของกระเทียมสกัดชนิดเม็ดต่อระดับไขมันในผู้มีโคเลสเตอรอลสูง. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ. (2550). การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ปีนเรศ กาศอุดม. (2550). ผู้ดูแลที่บ้าน : บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
ปกเกล้า จันทบุรี, 18(1), 70 - 73.
- ปิยรัตน์ นิมพิทกษพงศ์. (2548). การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการใส่ยาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(4), 649 - 660.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2548). โรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา
(บรรณาธิการ), การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 6-11). กรุงเทพฯ:
อัลตรา พรินติ้ง.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย สติปัญญา. (2551). การฟื้นคืนจากโรคหลอดเลือดสมอง. ใน วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิช และดารณี
สุวพันธ์ (บรรณาธิการ), ก้าวทันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 73-90). สงขลา:
ซานเมืองการพิมพ์.
- พรางาม สวนจันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและกิจกรรม
การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น.
- วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.
- พัชรวิมล กุปต์นิตติชัยกุล. (2548). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา
(บรรณาธิการ), การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 12-14). กรุงเทพฯ:
อัลตรา พรินติ้ง.
- เพียงใจ ดิรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สยามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภรภัทร อิมโอฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มณีวรรณ สุขสมทิพย์. (2551). การใช้ยาในทางที่ผิดและอันตรายจากการใช้ยา. ในคณาจารย์ภาควิชาเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่องยา (หน้า 31-46). กรุงเทพฯ : วิ.พรินทร์.
- มนัส พงศ์ชัยเดชา. (2549). เคล็ดไม่ลับกับการใช้ยา. ใน อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์ (บรรณาธิการ), หยูกยานารู้ (หน้า 7-8). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- มนุพัศ โลหิตนาวิ. (2549). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา. ใน มังกร ประพันธ์วัฒนะ (บรรณาธิการ), เกสัชวิทยาเบื้องต้น (หน้า 1- 24). พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 2(1), 84-94.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 9(2), 156-165.
- ยุพิน หมั่นทิพย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวเรศ คีตง. (2546). ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาขาพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนภรณ์ บรรดาศักดิ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยผู้ใหญ่วัยต้นในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฤทัย แสนสี ประยงค์ ลิ้มตระกูล และ เฉชา ทำดี. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. พยาบาลสาร, 35(1), 79 - 86.
- วนิดา มานะกิจจงกล. (2549). การใช้ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรกต สุวรรณสถิตย์. (2546). กรนกับการผิดปกติของการหายใจในขณะหลับ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 9(3), 183-190.

วรรณ ประสารอริคม, วิลาวัณย์ ประสารอริคม, สมพร โชติวิทยธารากร, และอารยา หาอุปละ. (2546). การบริหารยาของผู้ป่วยและครอบครัวในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 30(2), 18-31.

วรธิดา มาศเกษม. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วรางคณา ผลประเสริฐ และ เขียวรัตน์ ประักษ์ขาม. (2552). การคาดประมาณสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548. *วารสารประชากร*, 1(1), 20-35.

วรารักษ์ ตั้งตรงไฟโรจน์ และคณะ. (2547). พฤติกรรมเกิดซ้ำโรคหลอดเลือดสมองตีบ. from Retrieved July 3, 2009, from <http://www.ryt9.com/s/prg/124947/>

วรารักษ์ จิรนนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรลักษณ์ ทองใบปราชญ์, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสิทธิภาพการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอนาวังบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 72-84.

วันทนี วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วาศินารมย์ และกิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2537). *เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม* ในวันทนี วาสิกะสิน สุรางค์รัตน์ วาศินารมย์ และกิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์ (บรรณาธิการ), ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ (หน้า 99 - 100). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วัลภา ส่งวัฒนาบุท. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนายการดูแล และปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัลยา จงเจริญประเสริฐ. (2548). เกณฑ์พันธุศาสตร์ของกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษากลุ่มอาการ Metabolic syndrome. *วารสารเภสัชวิทยา*, 28(1), 35-47.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิภารัตน์ นาวรัตน์, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, & และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2547). การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 5(2), 38-48.
- vimlartn ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- vimlartn ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. (2552). *คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2549). *การแพทย์*. ใน สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ), *การใช้ยาพอเพียง* (หน้า 31-32). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- วิไล คุปต์นริตติยกุล. (2553). *การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง*. ใน สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (บรรณาธิการ), *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2552 เรื่องการจัดการ ดูแล เกื้อหนุน และรักษาผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ส. เอเชียเพรส.
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิวรรณ มุ่งเขตกลาง. (2542). *ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิญญู กัมมทริพย์. (2548). *ปัญหาที่พบบ่อย*. ใน อาริรัตน์ สุพทุธิธาดา (บรรณาธิการ), *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 19-26). กรุงเทพฯ: อัลตรา พริ้นติ้ง.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร ศิริมหาราช. (2542). *โรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*, 19(2), 1-22.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร อิทาคม. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4* (หน้า 39-65). กรุงเทพฯ: วิเจ ประพันธ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (หน้า 17-55). กรุงเทพฯ: วิเจ ประพันธ์.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2552). ความสำเร็จของระบบ Stroke Fast Track. *คลินิก*, 25(5), 386-388.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาผู้สูงอายุ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 38(2), 67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, อัญชลี พันธุ์แก้ว, และวิญญู กัมมททธิพย์. (2549). การศึกษาความบกพร่องของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในโรงพยาบาลศิริราช. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 16(2), 98-107.
- สุภาพร ขจรฤทธิ์. (2547). *ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุธีรา ตั้งตระกูล. (2537). *การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความก้าวหน้าในผู้ป่วยสโตรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนิดรา จตุพรพิพัฒน์. (2543). *การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุปาณี เสนาดิสัย และ เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา. (2544). *หลักการพยาบาลในการให้ยาแก่ผู้ป่วย*. ใน สุปาณี เสนาดิสัย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลพื้นฐานแนวและการปฏิบัติ* (หน้า 325-411). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สุกมัย สุนทรพันธ์. (2551). *กลุ่มอาการเมตาบอลิกกับโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิช และดารณี สุวพันธ์ (บรรณาธิการ), *ก้าวทันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 141-148). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุมาลี วัจนากกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. (2542). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารกรมการแพทย์*, 24(7), 434-441.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2548). *การพัฒนาชุดการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภา พร้าวตะคุ. (2549). *การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภันตริ บัวเหลือง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญญา เอี่ยมตระการ. (2547). *ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น*. *ขอนแก่นเวชสาร*, 28(3), 129-138.
- อมรรัตน์ แสงไธสง, อริย์สร จิระเพิ่มพูน, อุบลวรรณ สะพู, และวารุณี ลิ้มพวงสารักษ์. (2552). *การพัฒนาคุณภาพวาร์ฟารินคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. *เภสัชกรรมคลินิก*, 16(1), 103-112.
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรรถรส ปานสมบัติ และคณะ. (2550). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถประเมินระดับการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและญาติ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 17(1), 7-13.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. (2542). การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณี ศิริกังวาลกุล. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกรมการแพทย์*, 27(6), 239-247.
- อัญรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญริยา ปทุมวัน. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารมณี เจษฎาญาณเมธา. (2550). หลักการใช้น้ำบัดโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารประกอบการสอนวิชาเภสัชประยุกต์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อารมณี บุญเกิด. (2540). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารยา ฉัตรชนะพานิช. (2548). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุพันธ์ อนุตตินาวิน. (2539). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอี่ยมพร สกุลแก้ว. (2551). *5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย*. กรุงเทพฯ: ก.พล.

Allport, L. E., Parsons, M. W., Butcher, K. S., MacGregor, L., Desmond, P. M., Tress, B. M., et al. (2005). Elevated hematocrit is associated with reduced reperfusion and tissue survival in acute stroke. *Neurology*, 65(9), 1382-1387.

- Almgren, T., Persson, B., Wilhelmsen, I., Rosengren, A., Andersson, O. K. (2005). Stroke and coronary heart disease in treated hypertension. *Journal of Internal Medicine*, 257(6), 496-502.
- Bazzano, L. A., Gu, D., Whelton, M. R., Wu, X., Chen, C. S., Duan, X., et al. (2010). Body mass index and risk of stroke among Chinese men and women. *Annals of Neurology*, 67(1), 11-20.
- Blanco, M., Nombela, F., Castellanos, M., Rodriguez-Yanez, M., Garcia-Gil, M., Leira, R., et al. (2007). Statin treatment withdrawal in ischemic stroke: A controlled randomized study. *Neurology*, 69(9), 904-910.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Caplan, L. R., D'Cruz, I., Hier, D. B., Reddy, H., & Shah, S. (1986). Atrial size, atrial fibrillation, and stroke. *Annals of Neurology*, 19(2), 158-161.
- Chen, H. F., Lee, S. P., & Li, C. P. (2009). Sex Differences in the Incidence of Hemorrhagic and Ischemic Stroke among Diabetics in Taiwan. *Journal of Women's Health*, 18(5), 1-7.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61-63.
- Davis, M. S. (1968). Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health Nation's Health*, 58(2), 274-288.
- Dracup, K. A., & Meleis, A. I. (1982). Compliance: An interactionist approach. *Nursing Research*, 31(1), 31-36.
- Dulli, D. A., Stanko, H., & Levine, R. L. (2003). Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. *Neuroepidemiology*, 22(2), 118-123.
- El-Atat, F., Rundek, T., Sowers, J. R., & McFarlane, S. I. (2005). Stroke prevention in diabetic and other high cardiovascular risk patients. *Current Diabetes Reports*, 5(3), 200-207.

- Eriksson, S. E., & Olsson, J. E. (2001). Survival and recurrent strokes in patients with different subtypes of stroke: a fourteen-year follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*, 12(3), 171-180.
- Friday, G., Alter, M., & Lai, S. M. (2002). Control of hypertension and risk of stroke recurrence. *Stroke*, 33(11), 2652-2657.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing theory and assessment*. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Geyer, D. J., & Gomez, R. C. (2009). *Stroke: A practical approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hamann, G. F., Weimar, C., Glahn, J., Busse, O., & Diener, H. C. (2003). Adherence to secondary stroke prevention strategies results from the German Stroke Data Bank. *Cerebrovascular Diseases*, 15(4), 282-288.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and social behavior*, 27(3), 250-264.
- Jamieson, D. G., Parekh, A., & Ezekowitz, M. D. (2005). Review of antiplatelet therapy in secondary prevention of cerebrovascular events: a need for direct comparisons between antiplatelet agents. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 10(3), 153-161.
- Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3(1), 7-12.
- Kirshner, H. S. (2007). Prevention of secondary stroke and transient ischaemic attack with antiplatelet therapy: the role of the primary care physician. *International Journal Clinical of Practice*, 61(10), 1739-1748.
- Kurth, T., Gaziano, J. M., Berger, K., Kase, C. S., Rexrode, K. M., Cook, N. R., et al. (2002). Body mass index and the risk of stroke in men. *Archives Internal of Medicine*, 162(22), 2557-2562.
- Kurth, T., Gaziano, J. M., Rexrode, K. M., Kase, C. S., Cook, N. R., Manson, J. E., et al. (2005). Prospective study of body mass index and risk of stroke in apparently healthy women. *Circulation*, 111(15), 1992-1998.
- Lamb, R. E., & Bradford, M. J. (2002). Controlling hypertension to reduce the risk of stroke. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17(4), 186-191.

- Lammie, G. A. (2002). Hypertensive cerebral small vessel disease and stroke. *Brain Pathology*, 12(3), 358-370.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, T. B., Flegal, K., et al. (2009). Heart disease and stroke statistics 2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 119(3), 480-486.
- Lummis, H. L., Sketris, I. S., Gubitz, G. J., Joffres, M. R., & Flowerdew, G. J. (2008). Medication persistence rates and factors associated with persistence in patients following stroke: a cohort study. *Bone Mineral Content Neurology*, 8, 25.
- Markus, H. (2003). *Stroke genetics*. New York: Great Britain.
- Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P., & Kuptniratsaikul, V. (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. *Journal Medical Association of Thailand*, 91(10), 1595-1602.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(8), 1035-1042.
- Mohr, J. P., Dennis W. C., James C., Grotta, Bryce Weir., & Wolf., P. A. (2004). *Stroke Pathophysiology Diagnosis and Management*. America: Elsevier.
- Monahan, F. D., & Neighbors, M. (1988). *Medical- surgical nursing: Foundation for clinical practice. (2nd ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Monkovsky, B. N., & Ziegler, D. (2004). Stroke in patients with diabetes mellitus. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 20(4), 268.
- Murray, C. D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26(13), 808-816.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.
- O'Connell, B., & Baker, L. (2004). Managing as carers of stroke survivors: strategies from the field. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), 121-126.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing Concept of Practice*. New York, Mosby Inc.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

- Petruseviciene, D., & Krisciunas, A. (2008). Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(3), 216 - 224.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 489 - 497.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. 5th ed. (pp. 454-455). Philadelphia: Lippincott.
- Rashid, P., Leonardi-Bee, J., & Bath, P. (2003). Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke*, 34(11), 2741-2748.
- Roy, S. C., Andrews, H. A., & Lange. (1999). *The Roy adaptation model (2nd ed.)*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Sanossian, N., & Tarlov, N. E. (2008). Their Role in Stroke Pathogenesis and Implications for Treatment *Cardiovascular Medicine*, 10(3), 195-206.
- Segura, T., Serena, J., Teruel, J., & Davalos, A. (2000). Cerebral embolism in a patient with polycythemia rubra vera. *European Journal of Neurology*, 7(1), 87-90.
- Sila, C. A. (2006). Heart Diseases and Stroke. *Neurology and Neuroscience Reports*, 6(1), 23-27.
- Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., & Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke*, 39(12), 3179-3184.
- Thomas, M. C., Dublin, S., Kaplan, R. C., Glazer, N. L., Lumley, T., Longstreth, W. T., et al. (2008). Blood pressure control and risk of incident atrial fibrillation. *American Journal of Hypertension*, 21(10), 1111-1116.
- Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. *Nursing Clinics North America*, 22(3), 613-620.
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 45(11), 841-884.
- Wang, Y., Wu, D., Ma, R., Wang, C., & Zhao, W. (2006). A survey on adherence to secondary ischemic stroke prevention. *Neurological Research*, 28(1), 16-20.



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุคคลสำคัญที่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนในการตอบแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อไป ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ดูแลในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงตามความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อ ตลอดจนผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนทั้งหมด 110 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ชุดคำถาม ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน ข้อ 11 ข้อ

- แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน ข้อ 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย จำนวน 28 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออันดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์โดยแบ่งออก 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบประเมินของคอลลินและคณะ (Collin, 1988) และได้แปล คัดแปลงและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และนำไปใช้จริงกับผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ได้ค่าเท่ากับ .91

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และนำไปใช้จริงกับผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ได้ค่าเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย สร้างโดย อรุพันธ์ อนุคุณินาวิน (2539) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และนำไปใช้จริงกับผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ได้ค่าเท่ากับ .80

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล สร้างโดย อูมา จันทวิเศษและคณะ (2536) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .52

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หลักความปลอดภัยในการให้ยาและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัด (Content Validity Index) เท่ากับ .89 ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และนำไปใช้จริงกับผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ได้ค่าเท่ากับ .83

ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (โดยการสัมภาษณ์)

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1) อายุ.....ปี

2) เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

3) สาเหตุความเจ็บป่วยหลอดเลือดในสมอง

() 1. ตีบ

() 2. ตัน

.

.

.

.

.

11) การได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ)

() 0. ไม่ได้รับ

() 1. ได้รับจำนวน.....ครั้ง

ตอนที่ 1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)
 ประเมินผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล คะแนนที่ได้.....คะแนน

1. การรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)
 - () 0 = ไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากเองได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - () 1 = ดื่อกอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่นการใช้ช้อนดื่อกเตรียมไว้ให้ หรือดื่อกเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - () 2 = ดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ
2. กิจกรรมการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
 - () 0 = ต้องการความช่วยเหลือ
 - () 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - () 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - () 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
 - () 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 3 = สามารถทำเองได้
 - .
 - .
 - .
 - .
9. กิจกรรมการกลืนอาหารในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 - () 0 = กลืนไม่ได้ หรือต้องการสวนอาหารอยู่เสมอ
 - () 1 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - () 2 = กลืนได้ปกติ
10. กิจกรรมการกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 - () 0 = กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่สามารถดูแลตนเองได้
 - () 1 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - () 2 = กลืนได้ปกติ

ตอนที่ 2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย / หย่า / แยก

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. อนุปริญญา

() 5. ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

14. ท่านพบว่ามีไข้ไม่พอก่อนถึงวันนัดหรือไม่ อย่างไร

() 0. มีไข้เพียงพอก่อนถึงวันนัด

() 1. พบว่าไข้ไม่พอบางครั้ง แต่น้อยครั้งมาก

() 2. พบว่าไข้ไม่พอครั้งหนึ่ง

() 3. พบว่าไข้ไม่พอเกือบทุกครั้ง

() 4. พบว่าไข้ไม่พอทุกครั้ง

ชุดที่ 2

แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นกับท่าน (ผู้ดูแล) และผู้ป่วยบ่อยแค่ไหนในขณะที่ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนี้ เลย	รู้สึก เช่นนี้ น้อย มาก	รู้สึก เช่นนี้ บางครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ บ่อยครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ เกือบ ตลอด	รู้สึก เช่นนี้ ตลอดเวลา
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการ ใช้ เวลาอยู่ร่วมกัน						
2. ฉันรับรู้ว่าคุณรักฉัน						
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์ และไว้วางใจกัน						
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำ ตำหนิต่อข้อบกพร่องของกัน และกัน						
.....						
.....						
.....						
.....						
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ ระหว่างฉันกับผู้ป่วย						

ชุดที่ 3

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามระดับความเป็นจริง

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
การสนับสนุนด้านสังคม					
1. ท่านให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน					
.....					
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว					
การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ					
8. ท่านพยายามจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตให้ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า รถเข็น เครื่องฝึกเดิน ฯลฯ					
.....					
12. ท่านจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองบ้าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร รับประทานยา ฯลฯ					
การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ					
13. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว					
.....					
23. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย					
การสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร					
24. ผู้ป่วยมีโอกาสชมรายการวิทยุ โทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือพิมพ์ร่วมกับท่าน					
.....					
28. สมาชิกในครอบครัวพยายามหาข่าวสารในการรักษาพยาบาลมาบอกเล่าหรืออธิบายให้ผู้ป่วย					

ชุดที่ 4
แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	ผิด	ถูก	ไม่ทราบ
ข้อ 1. ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรค 1.อัมพาตเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน			
ข้อ 2-7 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค 2.ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาตมากที่สุด			
7.การดื่มเหล้ามากๆ อาจทำให้เกิดอัมพาตได้			
ข้อ 8-10 ความรู้เกี่ยวกับอาการ 8.อาการซึม ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง อาจเป็นอาการของผู้ป่วยอัมพาต			
10.ผู้ป่วยอัมพาตที่พูดไม่ได้ มักเขียนไม่ได้ด้วย			
ข้อ 11-15 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา 11.ผู้ป่วยอัมพาตจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทุกคน			
15.ผู้ป่วยอัมพาตที่มีความพิการเหลืออยู่ ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพในระบะเวลานาน			
ข้อ 16-20 ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน 16. ผู้ป่วยอัมพาตที่นอนท่าเดียวนานๆ จะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังได้			
20. ท้องผูกเกิดขึ้นได้ง่าย ในผู้ป่วยอัมพาตที่มีการเคลื่อนไหวน้อย			

ชุดที่ 5

แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นการถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่าน (ผู้ดูแล) พิจารณาในข้อคำถามต่อไปนี้ ว่ามีความบ่อยในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด โดยการเลือกตอบให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนี้เลย
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	หมายถึง ท่านปฏิบัติประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เคย เลย	ค่อนข้าง น้อย	เกือบ ทุก ครั้ง	เป็น ประจำ
1. ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยได้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง				
2. ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วย				
3.				
4.				
5.				
6.				
7. ท่านได้เพิ่มหรือลดขนาดยาให้กับผู้ป่วยด้วยตนเอง				
8. ท่านขอยืมยาจากผู้อื่นมาให้ผู้ป่วยรับประทาน				
9. ท่านให้ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นๆนอกเหนือจาก แพทย์สั่ง เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน				

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index)

แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ดังตารางต่อไปนี้

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวนความคิดเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	x	x	x	x	x	x	6	1.00
2	x	-	x	-	x	-	3	.50
3	x	x	x	x	x	x	6	1.00
4	x	x	x	x	x	-	5	.83
5	x	x	x	x	x	x	6	1.00
6	x	x	x	x	x	x	6	1.00
7	x	x	x	x	x	-	5	.83
8	x	x	x	x	x	x	6	1.00
9	x	-	x	x	x	x	5	.83
สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	0.77	1.00	0.88	1.00	0.66	1) ค่าเฉลี่ย I-CVI = $1 + .50 + 1 + .83 + 1 + 1 + .83 + 1 + .83 / 9 = 0.89$ 2) ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็น = $1 + .77 + 1 + .88 + 1 + .66 / 6 = 0.89$ 3) ค่าสัดส่วนผลรวมของคำตอบทุกคน = $48 / 54 = 0.89$	

หมายเหตุ

ค่า I-CVI (Item level content validity index) หมายถึง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อโดยการหาสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันของข้อคำถามในแต่ละข้อ

ค่า S-CVI (Scale level content validity index) หมายถึง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Polit & Beck, 2006)

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิชาฯ วัชรศิริบรรลือ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ ปี

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิสาข์ วัชรศิริบรรลือ

สถานที่วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเขต
พื้นที่อำเภอเมือง อำเภอนางรอง อำเภอหนองกี่ อำเภอสตึก และอำเภอลำปลายมาศ
ของจังหวัดบุรีรัมย์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาววิสาข์ วัชรศิริบรรลือ โทร. 084-9033849

ผู้สนับสนุนการวิจัย อาจารย์ดร.ศุภร วงศ์วัณญ และ อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ถีลาจรัส
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความเป็นมาของโครงการ จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผลของพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงมีความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น นั่นคือความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมีร้อยละ 22.7- 42.9 แต่ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยของผู้ดูแลในการศึกษารั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคและการรักษาของผู้ดูแล ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถในการดูแลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่ออยู่ที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย และความรู้เรื่องโรคและการรักษาของผู้ดูแลกับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการตอบแบบสัมภาษณ์อย่างชัดเจนกับผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมโครงการ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อยินยอมลงนามในใบพิตักสิทธิ์ และตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 110 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยของผู้ดูแลและแนวทางส่งเสริมการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตราย แต่อาจเกิดความไม่สะดวกในเรื่องเวลาของการให้ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นเวลาที่ไมเหมาะสม เช่นเป็นเวลาทำงานของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนแบบสัมภาษณ์นี้ค่อนข้างยาว อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสะดวกสบายมากที่สุด

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การศึกษานี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจและลงนามยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยจะให้ข้อมูลขึ้นตอนรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไว้เป็นความลับ

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2010/369

Title of Project	Caregivers' Factors Related to Their Abilities in Patients' Medication – Taking
Protocol Number	ID 08-53-24
Principal Investigator	Miss. Wisa Watharasiribunlue
Official Address	Buriram Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

August 23, 2010



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวก ๑๖๕๖/๒๕๕๓

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาววิสาข์ วัชรศิริบรรลือ

อ้างถึง โครงการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๘-๕๓-๒๔ ข

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยสุดท้ายผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงโครงร่างวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ คือคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเข้าใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๕๕๔๔ ในวันเวลาราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นจำเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
ความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 ท่านคือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาศเกษม
อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์วุฒินันท์ พันระเสน
อาจารย์แพทย์สัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลบุรีรัมย์
3. นายแพทย์สุภโชค เวชภัณฑ์เกสัช
อาจารย์แพทย์อายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลบุรีรัมย์
4. นางสาววรรณรัตน์ เจริญรุ่งเรือง
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก
พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางสาวณิชาณี ชำรัมย์
เภสัชกร โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงผลการวิจัยเพิ่มเติม

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยแจกแจงด้วยคำร้อยละ (n = 100)

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนี้ เลย	รู้สึก เช่นนี้ น้อย มาก	รู้สึก เช่นนี้ บาง ครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ บ่อย ครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ เกือบ ตลอด	รู้สึก เช่นนี้ ตลอด เวลา
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน	0	1	10	16	20	53
2. ฉันรับรู้ว่าคุณรักฉัน	1	1	10	9	28	51
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์และไว้วางใจกัน	1	1	2	11	18	67
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำดำเนินถึงข้อบกพร่อง ของกันและกัน	0	5	10	25	28	32
5. ฉันและผู้ป่วยมีอะไรคล้ายๆกัน	0	15	22	19	27	17
6. ฉันและผู้ป่วยต่างนับถือและให้เกียรติกัน	0	2	5	17	23	53
7. ชีวิตของฉันและผู้ป่วยดีขึ้นเพราะต่างช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน	0	1	5	12	31	51
8. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยทำให้เราต่างมี ความสุข	1	0	7	14	22	56
9. ผู้ป่วยใส่ใจกับความรู้สึกของฉัน	1	4	16	20	32	27
10. ฉันและผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน	0	4	8	17	32	39
11. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยเต็มไปด้วย ความเกลียดชัง	0	2	1	14	25	58
12. ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความคิดของฉัน	0	1	11	18	37	33
13. ฉันมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย	0	1	5	15	24	55
14. ผู้ป่วยมักทำให้ฉันรู้สึกสบายใจ	1	2	19	17	33	28
15. ผู้ป่วยถือคุณค่าน้อยในชีวิตฉัน	0	0	3	7	14	76
16. ฉันและผู้ป่วยต่างมีความรักให้กัน	0	0	7	8	19	66
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วย	0	3	4	8	15	70

2. การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยแจกแจงข้อมูลเป็นร้อยละ (n = 100)

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านสังคม					
1. ท่านให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	1	2	15	33	49
2. ท่านเป็นผู้ให้ผู้ป่วยรับทราบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว	15	21	30	26	8
3. ท่านไม่นำเรื่องที่เป็นปัญหามาเล่าให้ผู้ป่วยฟัง	12	14	9	40	25
4. ท่านกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย	3	9	19	38	31
5. ท่านจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมประจำวันร่วมกับครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ	4	12	21	29	34
6. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยและพบปะกับบุคคลอื่น	3	15	17	36	29
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว	1	0	1	20	78
ด้านสิ่งของบริการ					
8. ท่านพยายามจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตให้ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า รถเข็นเครื่องฝึกเดิน	2	6	17	36	39
9. ท่านจะปรับปรุงสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย	0	2	20	38	40
10. ท่านให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4	8	8	14	66
11. เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาด้านการเงินท่านจะให้ความช่วยเหลือ	0	4	21	39	36
12. ท่านจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองบ้าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ฯลฯ	7	7	13	37	36
ด้านอารมณ์และจิตใจ					
13. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว	16	17	18	16	33

2.1 การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้แก่ผู้ป่วยแจกแจงข้อมูลเป็นร้อยละ (ต่อ)

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านอารมณ์และจิตใจ					
14. ท่านทราบและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างดี	0	2	14	45	39
15. ท่านจะคำหั้นหรือแสดงอารมณ์หงุดหงิดเมื่อผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง	6	17	44	18	15
16. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ	2	4	33	44	17
17. ท่านให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น	0	1	12	42	45
18. ท่านสามารถรับฟังความคับข้องใจของผู้ป่วยได้	0	7	20	39	34
19. เมื่อกลับไปบ้านท่านจะปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเหมือนปกติ เช่นการพูดคุยเรื่องทั่วไป รับประทานอาหารร่วมกัน ฯลฯ	0	8	19	27	46
20. ท่านกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย	4	11	13	40	32
21. ท่านเคยทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง	4	13	17	31	35
22. ท่านเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วย	6	8	22	26	38
23. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย	2	10	18	37	33
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
23. ผู้ป่วยมีโอกาสนชมรายการวิทยุ โทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือพิมพ์ร่วมกับท่าน	11	12	19	25	33
25. ท่านมีเวลาพบแพทย์เพื่อสอบถามข้อข้องใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1	16	34	34	15
26. ท่านมีข้อจำกัดในการหาข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย	6	27	43	19	5
27. ท่านได้นำข้อมูลข่าวสารในเรื่องการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสุขภาพ ฯลฯ มาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ	1	12	35	34	18
28. สมาชิกในครอบครัวพยายามหาข่าวสารในการรักษาพยาบาลมาบอกเล่าหรืออธิบายให้ผู้ป่วยทราบ	6	26	32	22	14

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแจกแจงข้อมูลเป็นร้อยละ (n = 100)

ข้อความ	ตอบผิด หรือไม่ทราบ	ตอบ ถูกต้อง
ข้อ 1. ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรค		
1. อัมพาตเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน	12	88
ข้อ 2-7 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค		
2. ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาตมากที่สุด	15	85
3. เบาหวานไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาต	45	55
4. อัมพาตอาจเกิดได้ง่ายในคนที่ เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว	39	61
5. ความอ้วนอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาตได้	22	78
6. การสูบบุหรี่ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดอัมพาต	41	59
7. การดื่มเหล้ามากๆ อาจทำให้เกิดอัมพาตได้	19	81
ข้อ 8-10 ความรู้เกี่ยวกับอาการ		
8. อาการซึม ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง อาจเป็นอาการของผู้ป่วยอัมพาต	6	94
9. ผู้ป่วยอัมพาตบางคน อาจมีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย	5	95
10. ผู้ป่วยอัมพาตที่พูดไม่ได้ มักเขียนไม่ได้ด้วย	88	12
ข้อ 11-15 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา		
11. ผู้ป่วยอัมพาตจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทุกคน	24	76
12. ผู้ป่วยอัมพาตสามารถรักษาให้หายได้โดยให้หมอบ้านนวด	24	76
13. การรักษาผู้ป่วยอัมพาต มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้อาการทุเลา และมีความพิการน้อยที่สุด	8	92
14. ญาติไม่สามารถช่วยผู้ป่วยอัมพาตในการฟื้นฟูสภาพ	29	71
15. ผู้ป่วยอัมพาตที่มีความพิการเหลืออยู่ ต้องใช้เวลา ในการฟื้นฟูสภาพนาน	5	95
ข้อ 16-20 ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน		
16. ผู้ป่วยอัมพาตที่นอนท่าเดียวนานๆ จะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังได้	3	97
17. ผู้ป่วยอัมพาตที่แขนขาลีบ ข้อติดแข็ง เป็นผลจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอ	67	33
18. การสำลักอาหารหรือเสมหะจากลำคอ ไม่ทำให้เกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยอัมพาต	34	66
19. อาการไข้ ปัสสาวะขุ่น กลิ่นเหม็น เป็นอาการของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	16	84
20. ท้องผูกเกิดขึ้นได้ง่าย ในผู้ป่วยอัมพาตที่มีการเคลื่อนไหวน้อย	7	93

4. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉกแจง
ข้อมูลเป็นคำร้อยละ (n = 100)

ข้อความ	ไม่เคย เลย	ค่อนข้าง น้อย	เกือบทุก ครั้ง	เป็น ประจำ
1. ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยได้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	9	5	17	69
2. ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยากับผู้ป่วย	21	29	8	42
3. ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยได้ครบตามชนิดของยาทุกมื้อ	9	4	7	80
4. ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยได้ครบจำนวนเม็ดและตาม ขนาดที่แพทย์สั่ง	9	3	8	80
5. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาทางปากหรือทาง สายยางให้อาหารตามแผนการรักษา	10	0	3	87
6. ท่านประเมินอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดกับ ผู้ป่วยได้	18	18	26	38
7. ท่านได้เพิ่มหรือลดขนาดยาให้กับผู้ป่วยด้วย ตนเอง	89	8	1	2
8. ท่านขอยืมยาจากผู้อื่นมาให้ผู้ป่วยรับประทาน	96	1	1	2
9. ท่านให้ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นๆนอกเหนือจาก แพทย์สั่ง เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน	74	16	1	9

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาววิสาข์ วัชรศิริบรรลือ
วัน เดือน ปีเกิด	5 กุมภาพันธ์ 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, พ.ศ. 2546 - 2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), พ.ศ. 2551 - 2554
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โทรศัพท์ 044 - 615002
ที่อยู่	17/14 หมู่ 19 ต. ชุมเห็ด อ. เมือง จ. บุรีรัมย์ 31000 โทรศัพท์ 084- 9033849, E- mail: w.wisakha@hotmail.com