

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ภาวิณี พรหมบุตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ภาวณิ พรหมบุตร

นางสาวภาวณิ พรหมบุตร

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์นพวรรณ เปี้ยเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

สหนิกร สกุนหงส์โสภณ

อาจารย์สมนึก สกุนหงส์โสภณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2556

ภาวณิ

พรหมบุตร

นางสาวภาวณิ พรหมบุตร

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณรงค์ สุวิสิทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สพ.ก สกุลหงส์โสภณ

อาจารย์สมนึก สกุลหงส์โสภณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พนพรรณ เปียเชื้อ,

รองศาสตราจารย์พนพรรณ เปียเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,

ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. สมนึก สกุลหงส์โสภณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของ วิทยานิพนธ์นี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะผู้บริหาร คณาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจตลอดการลาศึกษาต่อครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณบดี ประธานหลักสูตร และคณาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่คอยส่งเสริมทั้งด้านความรู้ และสติปัญญา ให้การชี้แนะ ให้กำลังใจและมอบความปรารถนาดีตลอดมา จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณทีมผู้ช่วยวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับมารดา พี่สาว น้องสาว และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดันที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรหัส 54 ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนและเป็นแรงขับเคลื่อนให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ด้วยดี

ภาวิณี พรหมบุตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

FACTORS RELATED TO STRESS OF FAMILY CAREGIVER OF PATIENTS WITH STROKE AT HOME

ภาวิณี พรหมบุตร 5437872 RACN/M

พช.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (NURSING), สมนึก สกุนทาส์โสภณ, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ระหว่างบุคคล สังคม และ วัฒนธรรมกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 209 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูล (ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555) โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.4) อายุเฉลี่ย 51.61 ± 14.43 ปี (พิสัย 15 - 83 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.89) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.89) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 62.81) และนับถือศาสนาพุทธนิกาย ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 23.65$, $SD = 4.43$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 54.20$, $SD = 12.96$) ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 45.42$, $SD = 6.92$) และผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 9.19$, $SD = 6.96$) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 32.73$, $SD = 10.36$) สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือการรับผิดชอบค่าอาหาร (ร้อยละ 92.96) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.92) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ($r = -.400$, $p < .001$), ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.471$, $p < .001$), สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466$, $p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161$, $p = .023$)

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำ โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อลดความเครียด รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความเครียด / ญาติผู้ดูแล / โรคหลอดเลือดสมอง / บ้าน / ระบบนิเวศวิทยา

FACTORS RELATED TO STRESS OF FAMILY CAREGIVER OF PATIENTS WITH STROKE AT HOME

PAVINEE PROMBUT 5437872 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
SOMNUK SAKULHONGSOPON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aimed to examine relationships of the personal, interpersonal, social, and cultural factors and stress in family caregivers of patients with stroke at home. Through purposive sampling, the sample included 209 family caregivers of patients with stroke residing in communities of a province in northeastern Thailand. (Between November and December 2012), data were collected by interview from the questionnaire, and were then analyzed using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation.

Results revealed that the majority of the sample were female (82.4%) with mean age of 51.61 ± 14.43 years, ranging from 15-83 years. Most of them were married (78.89%), obtained primary education (67.89%), had low income (59.3%), and were farmers (62.81%). All were Buddhist. The sample had perception of self efficacy (mean = 23.65, SD = 4.43), family relationship (mean = 54.20, SD = 12.96), belief in Buddhist doctrine (mean = 45.42, SD = 6.92), and ability for daily living (mean = 9.19, SD = 6.96) at a high level, while social support (mean = 32.73, SD = 10.36) were at moderate level. The most frequent responsibility of the sample was food expenditure (92.96%). Most of the caregivers (84.92%) had a low level of stress. Correlational analysis revealed that factors associated with stress were self efficacy ($r = -.400$, $p < .001$), ability for daily living ($r = -.471$, $p < .001$), family relationship ($r = -.466$, $p < .001$) and social support from family ($r = -.161$, $p = .023$).

The results suggest that community nurse practitioners provide care for family caregivers, particularly those who take care of patients with low ability for daily living by assessing caregivers' self efficacy, enhancing family relationships, and family support to reduce stress and improve health and quality of life for them.

KEY WORDS: STRESS / FAMILY CAREGIVER / STROKE / HOME /
ECOLOGICAL SYSTEM

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
โรคหลอดเลือดสมอง	13
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	21
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	27
ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	31
กรอบแนวคิด Ecological system theory	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	39
ขนาดตัวอย่าง	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถานที่เก็บข้อมูล	41
เครื่องมือวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	45
จริยธรรมในการวิจัย	46
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	95
รายการอ้างอิง	116
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	128
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองการทำวิจัยในคน	129
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	131
ภาคผนวก ง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	135
ประวัติผู้วิจัย	145

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	51
4.2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	55
4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	55
4.4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	57
4.5 จำนวนและร้อยละของรายได้ครอบครัว	58
4.6 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลและครอบครัว	58
4.7 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	59
4.8 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	60
4.9 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	60
4.10 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	61
4.11 จำนวนและร้อยละสถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ดูแลมากที่สุดและน้อยที่สุด 5 ลำดับแรก	62
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชนและปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน	64

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

9



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ (stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 ของโรควิถีชีวิต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ที่คร่าชีวิตประชาชนทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2554 มีประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ จำนวนถึง 6.15 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2011) ในประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี ก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพแก่สังคมไทย โดยพบว่าในปี 2553 สาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและโรคหัวใจตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และเมื่อจำแนกอัตราตาย 10 อันดับแรกพบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2549 - 2553 พบอัตราตายเท่ากับ 20.6, 20.6, 20.8, 21 และ 31.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในปี 2553 มีประชาชนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 17,540 คน โดยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 10,063 คน และส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 10,461 คน โดยภาคที่มีประชากรตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4,315 คน นอกจากนี้ยังพบว่าในประเทศไทยมีประชาชนเข้ารับการรักษาดูแลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบผู้ป่วยในช่วงปี 2548-2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 211, 223, 247 และ 257 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากอัตราตายและอัตราป่วยทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าโรค หลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบและส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรงกับประชาชนทั่วโลก

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการรักษาคือความพิการ โดยร้อยละ 15 ของผู้ป่วยต้องเสียชีวิตลงและอีกร้อยละ 85 ยังมีชีวิตรอด แต่การมีชีวิตรอดนั้นมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 42.5 ที่มีความพิการตลอดชีวิต (สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์, 2554) ความพิการนี้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติในระยะยาว โดยประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการอย่าง

ต่อเนื่องเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย รวมทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อการกลืน การเคี้ยว การเคลื่อนไหวของลิ้นทำให้สำลักอาหารได้ (วราลักษณ์ ทองใบปราชญ์และคณะ, 2550) ผลของความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลงถึงร้อยละ 80 โดยพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงในเดือนที่ 3, 6 และ 12 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย (สมนึก สกุนตหงส์โสภณและคณะ, 2554) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายน้อยอยากพบใคร เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวล เบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว (วราลักษณ์ ทองใบปราชญ์และคณะ, 2550) มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจมากในระยะ 1-3 เดือนแรกและการเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อยๆลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี โดยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบมากที่สุดคือ อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งพบถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2554) ผลกระทบด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและเข้าสังคมลดลง (วราลักษณ์ ทองใบปราชญ์และคณะ, 2550) อย่างไรก็ตามในการเจ็บป่วยเรื้อรังในครั้งนี้ ผลกระทบที่สำคัญในระยะยาวและต่อเนื่องคือ ครอบครัว (อัมพรพรรณ ชีรานุช, 2553)

ภาระหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นเป็นของครอบครัว การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่บ้านนั้น ผู้ป่วยมีความพิการและช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ครอบครัวมอบหมายให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่หลัก ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ งานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบที่บ้านมีทั้งงานที่เกิดจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย สติปัญญา ความคิด พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และงานที่เกิดจากความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2554) ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างจากที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาล กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น สุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา การขับถ่าย การให้อาหาร การดูแลเสมหะ การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

เป็นต้น (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547; ลักษณะ บึงมูม, 2552) ซึ่งเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่องและมีความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่างยิ่ง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีความแข็งแรงสมบูรณ์น้อยลง (พราวงาม สวนจันทร์, 2550) โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดตามร่างกาย อ่อนเพลียจากการดูแล (ลักษณะ บึงมูม, 2552) มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา ปวดไหล่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (นงลักษณ์ เต็งประวัติ, 2551) มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ มีความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่าย (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553) มีผลต่อคุณภาพการนอน เช่น นอนไม่หลับ นอนไม่พอ คุณภาพการนอนไม่มีประสิทธิภาพ (คูสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554; Stuart & Laraia, 2005) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ มีภาวะเครียด (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) วิตกกังวล เบื่อหน่ายผู้ป่วยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง (ลักษณะ บึงมูม, 2552) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขณะที่มีการดูแล มีอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ เวลาที่พูดกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง มีการขัดแย้งทางความคิด เบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่าญาติผู้ดูแลเข้าสู่สังคมลดลง ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องทำในทุกกิจกรรมการดูแลใช้เวลาถึง 20-24 ชั่วโมงต่อวัน (ภรภัทร อิมโอส, 2552) คิดเป็น 94.55 ชั่วโมงต่อคนต่อเดือน (อาทร ริวไพบุลย์, 2550) หรือคิดเป็นรายปีคือ 160 ชั่วโมงต่อปี (Tsai & Jirovec, 2005) สัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตและสังคมเปลี่ยนแปลง การพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนลดลง การดูแลตนเองลดลง (ลักษณะ บึงมูม, 2552) ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีเวลาในการหารายได้ลดลงหรือต้องออกจากงาน ทำให้ต้องอาศัยรายได้จากบุคคลในครอบครัว เงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมผู้อื่น (อิศรพงษ์ ขรรจงและคณะ, 2546) โดยในบางเดือนนั้นไม่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553) ผลกระทบดังกล่าวเกิดจากกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปริมาณงานที่มากและยุ่งยาก ซับซ้อน สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นสถานการณ์สำคัญที่พบได้ที่บ้านและเป็นแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรงของญาติผู้ดูแล (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550)

ความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญของญาติผู้ดูแล (คูสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) โดยส่วนใหญ่เริ่มมีความเครียดเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 9 และ 12 สัปดาห์ (อิศรพงษ์ ขรรจงและคณะ, 2546; Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน ถึงแม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแล

ผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย แต่บริบทในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องเทคนิคการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยลดลง และอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งชีวิต ความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านจึงมีมากกว่าที่โรงพยาบาล (Fonareva et al., 2012) และด้วยอาการและอาการแสดงของโรคที่ค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจึงต่อเนื่องและระยะยาว ถึงแม้จะมีปัจจัยมากมายที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อประเมินระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชูติมา มาตยมูล, 2546; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีธเรศ, 2546)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากปัจจัยระดับบุคคลและระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยปัจจัยในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับมิติของเวลา ซึ่งทุกมิติมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันในทุกระดับและเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จนเกิดเป็นพัฒนาการขึ้น (Bronfenbrenner, 2005) การใช้กรอบแนวคิดนี้ทำให้มองปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล ในปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยระดับวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคลเท่านั้น ไม่พบการศึกษาในระดับสังคมและชุมชนและระดับวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชูติมา มาตยมูล, 2546; ทศนีย์ ประสพกิตติคุณและคณะ, 2553; บุญรัตน์ เฟิกเดช, 2545; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วราภรณ์ จิรานนท์, 2547; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีธเรศ, 2546; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; อิศรพงษ์ ธรรมยงและคณะ, 2546; Okoye, 2011; Thomas et al., 1996) มีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านในจำนวนจำกัด (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยใช้กรอบทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละระดับที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นในระดับสังคมและชุมชนในปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับวัฒนธรรมในปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ในปี 2552 จังหวัดสุรินทร์ มีประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็นอันดับที่ 10 จากสาเหตุการเจ็บป่วย 16 อันดับแรก โดยพบว่า อัตราป่วยในปี 2549 เท่ากับ 150.92 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2550 เท่ากับ 193.64 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราอัตราตายในปี 2549 เท่ากับ 17.74 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2550 เท่ากับ 17.99 ต่อประชากรแสนคนและในปี 2551 เท่ากับ 18.90 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกๆปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) โดยอำเภอเมืองสุรินทร์ เป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในจังหวัดสุรินทร์ (โรงพยาบาลสุรินทร์, 2555) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้จำนวนญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (Keller, 2008) ญาติผู้ดูแลที่เกิดภาวะเครียดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พราวงาม สวนจันทร์, 2550; Ostwald et.al., 2009) การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล ระหว่างบุคคลอาจไม่ครอบคลุมสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น และไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บ้านของญาติผู้ดูแล การแก้ไขปัญหาคือความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในฐานะผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพของประชาชนทุกคนในชุมชน ทั้งระดับครอบครัวและบุคคล จึงต้องทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว จึงจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลได้ สามารถวางแผนในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อลดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพพอเพียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย จึงจะสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 ที่ต้องการก้าวสู่วิถีชีวิตที่พอเพียง สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมสุขภาวะ ภายใต้งานอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขต่อไป

คำถามวิจัย

1. ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ)
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. ปัจจัยการศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. ปัจจัยเพศและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชนและปัจจัยระดับวัฒนธรรม โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ทฤษฎีนี้สร้างขึ้นในปี 1970 โดย Urie Bronfenbrenner พื้นฐานของทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลมาจากพัฒนาการของมนุษย์ (Carcone, 2010) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Bronfenbrenner, 2005) เงื่อนไขของระบบนิเวศวิทยาเกิดมาจาก ระบบของสิ่งมีชีวิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคล หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นบุคลกรวมถึงพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบๆตัวบุคคล ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะเฉพาะของทฤษฎีระบบนิเวศวิทยานี้จะช่วยให้

มองเห็นความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบชัดเจนมากขึ้น ซึ่งมีทั้งปัจจัยทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคล (Wilder, 2009) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้นเกิดมาจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม แนวคิดทฤษฎีนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบุคคลเพียงด้านเดียวแต่ยังคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม 5 ระดับ ได้แก่ 1. ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล (Intrapersonal) 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่และต้องเกี่ยวข้องมีความกว้างกว่าระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น และ 5. ปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่น การมีนโยบาย การเปลี่ยนแปลงไปของบุคคลหรือจุดพลิกผันในชีวิต เป็นต้น

กรอบแนวคิดนี้ให้มุมมองในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้นจากระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล ที่ผ่านมามีการนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยานี้มาใช้ในการศึกษาทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาพฤติกรรมโภชนาการทั้งในเด็ก (ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, 2554; ภกมน อุทัยกร, 2553) และผู้สูงอายุ (สุนีย์ อังศุภาสกร, 2554) ยังไม่พบว่ามีผู้นำเอากรอบแนวคิดนิเวศวิทยาการศึกษาความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนในต่างประเทศนั้น ได้มีการใช้กรอบแนวคิดระบบนิเวศวิทยานี้ไปใช้ศึกษาความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเองและในผู้ดูแล (Anderson, 2010) ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวในการศึกษาความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ทำให้เกิดความเครียดขึ้น ความเครียดดังกล่าวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งตัวบุคคลของญาติผู้ดูแลและปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล สังคมและชุมชน และวัฒนธรรม เพื่อให้การมองปัจจัยมีความเป็นระบบ ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัย 4 ระดับ คือ 1. ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) ได้แก่ ด้านญาติผู้ดูแลคือ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ด้านผู้ป่วยคือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและ 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และส่วนปัจจัยระดับมิติ

ของเวลา (Chronosystem) ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ กรอบแนวคิดนี้ช่วยอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ครอบคลุมทุกมิติมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทุกระดับได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานในการพิจารณาปัจจัยของความเครียดที่คำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดแนวทางในการสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียด มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและช่วยป้องกันความเครียดในญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีระบบ มีคุณภาพและสอดคล้องกับสาเหตุที่แท้จริงของญาติผู้ดูแลต่อไป

นิยามตัวแปร

ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้านในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านความคิดความจำ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล วัดโดยแบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลของศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2550) คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลมีความเครียดมาก คะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลมีความเครียดน้อย

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

อายุ หมายถึง ระยะเวลาการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบันนับเป็นจำนวนปี วัดโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง อายุมากหมายถึงญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดำเนินชีวิตมาก อายุน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดำเนินชีวิตน้อย

การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการศึกษาตั้งแต่เข้าศึกษาตามระบบการศึกษาของประเทศจนกระทั่งจบการศึกษามีวุฒิการศึกษาสูงสุด วัดโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง การตัดสินความสามารถของญาติผู้ดูแลด้วยตนเอง ถึงความสามารถและความมั่นใจของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้าน วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของวิไล สุรสาคร (2552) คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองมาก คะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองน้อย

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการปัสสาวะ วัดโดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของบุศกร กลิ่นอวล (2549) คะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย มีการพึ่งพาระดับเล็กน้อย คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินรายได้ประจำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมดในครอบครัวซึ่งยังไม่หักค่าใช้จ่าย วัดโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง รายได้มากหมายถึงครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีรายได้ซึ่งยังไม่หักค่าใช้จ่ายมาก รายได้น้อยหมายถึงครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีรายได้ซึ่งยังไม่หักค่าใช้จ่ายน้อย

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว หมายถึง การรับรู้ปฏิสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลและครอบครัว จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วัดโดยแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของอรินทร์ จรูญสิทธิ (2554) คะแนนมากหมายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับดี คะแนนน้อยหมายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ การช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำให้กำลังใจ ด้านการเงินและความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ วัดโดยแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของบุญมาศ จันศิริ

มงคล (2550) คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อการกระทำ ความผิดชอบชั่วดี การทำความดีละเว้นความชั่ว การปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ความกตัญญูต่อบุพการี การทำบาป การทำบุญ วัด โดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของกิตติมา รุ่งแดง (2553) คะแนนมาก หมายถึงญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมาก คะแนนน้อย หมายถึงญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญน้อย



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
5. กรอบแนวคิด Ecological system theory

โรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆในประเทศไทย โดยพบว่ามีประชาชนเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและโรคหัวใจ ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แปลกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง จากการที่หลอดเลือดแดงมีการอุดตัน ทำให้มีออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงสมองลดลง เนื้อเยื่อในสมองจึงถูกทำลาย

กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม (2552) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่สมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งสาเหตุเกิดมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองผิดปกติ

ปีติกันต์ บุรณภาพ (2552) ให้ความหมายของอัมพฤกษ์ อัมพาต ว่าเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้การทำงานของสมองหยุดชะงัก

สมจิต หนูเจริญกุล (2552) ให้ความหมายของสโตรก (Stroke) ว่าเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับสมองขาดเลือดมาเลี้ยง

การให้ความหมายดังกล่าวข้างต้น เป็นการให้ความหมายโดยบุคลากรทางการแพทย์ ในมุมมองของผู้ป่วยนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ 3 ลักษณะคือ เป็นโรคที่สูญเสียความรู้สึกของร่างกาย เป็นโรคเวรกรรมและเป็นโรคที่ต้องการผู้ดูแล (วราลักษณ์ ทองใบปราสาทและคณะ, 2550) จากความหมายดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าโรคอัมพาต อัมพฤกษ์จากหลอดเลือดสมองมีความหมายที่กว้างกว่าการสูญเสียทางด้านร่างกาย แต่ยังกระทบถึงจิตใจ จิตวิญญาณ ครอบครัวและสังคมอีกด้วย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคที่แตกต่างกันไป

2. สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

การเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตส่วนใหญ่มีสาเหตุหลักมาจากสมองเกิดพยาธิสภาพ โดยหลอดเลือดในสมองซึ่งมีหน้าที่ในการเป็นทางผ่านให้ออกซิเจนและอาหารผ่านมาทางหลอดเลือดเพื่อไปเลี้ยงเนื้อสมองโดยตรง เกิดความผิดปกติขึ้นจึงเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้สมองมีพยาธิสภาพ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

2.1 การขาดเลือด (Ischemia) เกิดจากการที่หลอดเลือดในสมองถูกขัดขวางหรืออุดตัน ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ไม่สามารถส่งอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อสมองได้ ซึ่งพบได้ร้อยละ 83 การรอดชีวิตของเนื้อเยื่อสมองนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ขาดเลือดและระดับเมตาบอลิซึมของสมองเอง (วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, 2553)

2.2 การมีลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) พบได้ร้อยละ 75 เกิดจากการมีลิ่มเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) (วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, 2553) ทำให้หลอดเลือดตีบขึ้น การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เลือดไปเลี้ยงสมองลดน้อยลง

2.3 การมีก้อนเลือดอุดตัน (Embolism) ลิ่มเลือดจากทั่วร่างกายจะล่องลอยอยู่ในกระแสเลือด ลิ่มเลือดดังกล่าวจะลอยไปอุดตันในหลอดเลือดที่สมอง จนเกิดการอุดตันขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดน้อยลง เซลล์สมองขาดเลือดและตายในที่สุด ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

2.4 การแตกของหลอดเลือดในสมอง (Hemorrhage) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและก้อนเลือดที่มีการแตกมีการแข็งตัวขึ้นไป กดเบียดเนื้อสมองส่วนต่างๆ จึงเกิดพยาธิสภาพเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดจะมีอัตราการตายที่สูงกว่าสมองขาดเลือดโดยมีอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 40-50 (ปีติกานต์ บุรณภาพ, 2552)

นอกจากนั้น การมีก้อนในสมอง (tumor) จะกดเบียดเนื้อสมองและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้สมองขาดเลือด การติดเชื้อในสมองจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย จะทำให้หลอดเลือดผิดปกติขึ้นได้ (อัมพรพรรณ ธีรานุช, 2553) สาเหตุการเกิดพยาธิสภาพของโรคดังกล่าวสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย การขาดเลือด อุดตันหรือแตกของหลอดเลือด มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุหรือส่งเสริมให้อาการของโรคเป็นรุนแรงมากขึ้น

3. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

กึ่งแก้ว ปาจารย์ (2550) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

3.1 ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม

3.2 ปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

3.2.1 ความดันโลหิตสูง แรงดันในหลอดเลือดที่สูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็วขึ้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและต่อเนื่องยาวนานไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้จะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดได้ โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ 7-17 เท่า (ปีติกานต์ บุรณภาพ, 2552)

3.2.2 เบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจะทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลงและทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวเกิดการตีบของหลอดเลือด โดยพบว่าคนที่เป็นเบาหวานมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า (ปีติกานต์ บุรณภาพ, 2552)

3.2.3 ไขมันในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบตันได้ง่ายทำให้สมองขาดเลือดได้

3.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนน้อยและปัจจัยที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การใช้ยาคุมกำเนิด การหมดประจำเดือน โดยหญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าหญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือน (Rosdahl, 2012)

จากการศึกษาของพัชรภรณ์ วิริยเวชกุล (2552) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมจะมีการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ความเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องรักษาควบคู่กับโรคหลอดเลือดสมองแต่ละประเภทต่อไป

4. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีหลายประเภทซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดในการแบ่ง กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2550) ได้แบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองตามระยะเวลาการดำเนินของโรคไว้ 4 ประเภท ดังนี้

4.1 Transient ischemic attack (TIA) คือโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายภายใน 24 ชั่วโมง

4.2 Reversible ischemic neurological deficit (RIND) คือโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นนานมากกว่า 24 ชั่วโมงแต่อาการและอาการแสดงนั้นหายไปใน 2 อาทิตย์

4.3 Stroke in evolution คือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการและอาการแสดงที่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมักเกิดจากการมีลิ่มเลือดที่อยู่ในหลอดเลือดมีการขยายตัว มีการอุดตันหลอดเลือดมากขึ้น

4.4 Complete stroke คือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่แล้ว

Rosdahl (2012) ได้แบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุของโรคดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack :TIA) มีสาเหตุมาจากการมีลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงที่สมองชั่วคราว ผู้ป่วยมักมีอาการแบบเฉียบพลัน อาการของโรคเกิดขึ้นและหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง เป็นสัญญาณเตือนที่ควรระวัง เนื่องจากสามารถกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ในครั้งต่อไป

2. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral thrombosis) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการมีลิ่มเลือดมาเกาะที่ผนังของหลอดเลือดแดงทำให้รูในหลอดเลือดแดงมีขนาดเล็กลง ตีบลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่สมองไม่ดี มักมีความสัมพันธ์กับการมีหลอดเลือดแดงแข็งตัว (arteriosclerosis)

3. โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral embolism) มีสาเหตุมาจากการที่ก้อนเลือดที่มีอยู่ทั่วไปในร่างกาย ล่องลอยเข้ามาอุดตันที่หลอดเลือดในสมอง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่สมองไม่เพียงพอ เกิดสมองขาดเลือด ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองลดลงด้วย

4. โรคหลอดเลือดสมองฉีกขาดหรือโป่งพอง (Cerebral hemorrhage or aneurysm) มีสาเหตุมาจากที่หลอดเลือดมีการแตก ฉีกขาด หรือโป่งพอง กรณีที่พบว่าหลอดเลือดมีการแตกนั้นพบได้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ซึ่งเมื่อเกิดการแตกหรือโป่งพองจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดจากก้อนเลือดมาคดเบียดเนื้อสมองส่วนต่างๆทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้มาก

5. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งและพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ พูดไม่ได้ ปากเบี้ยวหรือแขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆหากไม่ได้รับการรักษาและอาจเสียชีวิตได้ อาการและอาการแสดงโดยทั่วไป ผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรือขาดเลือดชั่วคราว เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง มีไข้ ความจำเสื่อม สับสนเกิดขึ้นได้ แต่ทั้งนี้อาการที่จะเกิดขึ้นกับระบบประสาทรุนแรงขึ้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งและสาเหตุของโรคดังนี้

5.1 โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงชั่วคราว การพูดผิดปกติ ตาบอดหรือมองไม่เห็นชั่วคราว เวียนศีรษะ ตากระตุก เดินเซได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

5.2 โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral thrombosis) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก มีปัญหาด้านการพูด สูญเสียความทรงจำ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆซึ่งสัมพันธ์กับขนาดของลิ่มเลือดที่ใหญ่ขึ้น และลักษณะของการตีบของหลอดเลือดว่ามีการตีบเพียง

บางส่วนหรือตีบหนาทั้งหลอดเลือด ซึ่งจะต่างจากการอุดตันที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด (วัลย์ดา ฉันทะเรืองวนิชย์, 2553)

5.3 โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral embolism) อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดที่มีการอุดตันขึ้นในหลอดเลือด และมักไม่มีอาการเตือน

5.4 โรคหลอดเลือดสมองฉีกขาดหรือโป่งพอง (Cerebral hemorrhage or aneurysm) สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและแสดงอาการได้ภายในไม่กี่วินาทีถึงหลายชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ได้ยินเสียงผิดปกติดังในหู เลือดกำเดาไหล หรือมีเลือดออกในจอประสาทตา เป็นต้น (วัลย์ดา ฉันทะเรืองวนิชย์, 2553) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงต้องวินิจฉัยโรคอย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพต่อไป

6. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องอาศัยการซักประวัติ ซึ่งนอกจากจะซักประวัติอาการและอาการแสดงแล้ว ระยะเวลาในการเริ่มมีอาการอย่างชัดเจน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยและการรักษา เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการญาติควรรีบนำส่งโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแรก ซึ่งจะทำให้ทีมแพทย์สามารถช่วยชีวิตได้ นอกจากนั้นยังต้องมีการการตรวจร่างกาย และการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ ดังนี้

6.1 การซักประวัติ แพทย์และพยาบาลจะทำการซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยซักถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหรือส่งเสริมให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง แพทย์จะต้องซักประวัติเพื่อให้การรักษาที่ครอบคลุม นอกเหนือจากการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังต้องดูแลรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วยร่วมด้วยและนอกจากนั้นการทราบประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย จะช่วยวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองได้ชัดเจนมากขึ้น

6.2 การตรวจร่างกาย ต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยเฉพาะระบบประสาท เช่น การตอบสนองของรูม่านตา การเคลื่อนไหวแขนขา ปฏิกริยารีเฟล็กซ์ สัญญาณชีพ เป็นต้น เพื่อให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคและทราบอาการเบื้องต้นของโรคได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น

6.3 การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การถ่ายภาพสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) การฉีดสีพิเศษเข้าเส้นเลือดที่คอแล้วฉายเอกซเรย์ศีรษะ (Cerebral Angiography) เป็นต้น

7. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีแนวทางในการรักษา 2 วิธีหลักๆ ดังนี้

7.1 การรักษาโดยการให้ยา กรณีที่หลอดเลือดมีการตีตันหรือมีการอุดตันในระยะฉุกเฉิน แพทย์จำเป็นต้องพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น rTPA ภายในเวลา 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ แต่เนื่องจากอาการข้างเคียงของยามีนาน เช่น ยาอาจก่อให้เกิดเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นได้ จึงจำเป็นต้องมีระบบในการบริหารยาที่ดีและเชี่ยวชาญ นอกจากนั้นยังมียาต้านเกล็ดเลือด เช่น clopidogrel aspirin ticlopidine ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin heparin เป็นต้น

7.2 การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งส่วนมากแพทย์จะพิจารณาทำในรายที่มีเลือดออกในสมองในระดับน้อยถึงปานกลาง (อรุณี ศิริกังวานกุล, 2554)

ทั้งนี้แพทย์จะพิจารณาการรักษาตามอาการของโรคที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม เช่น การให้ยาลดบวมในผู้ป่วยที่มีสมองบวม เพราะการบวมของสมองจะยิ่งรบกวนการไหลเวียนของเลือดในสมองเพิ่มขึ้น การให้ยาลดความดันโลหิต หรือยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น แพทย์จะพิจารณาการรักษาตามสาเหตุของโรคเพิ่มเติม โดยคำนึงถึงอาการของโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น ทั้งนี้ในการตั้งรับเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้น ก็ยังภาระงานที่หนักและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดโรคในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพและระยะยาว โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน

8. ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้าน

ภายหลังเข้ารับการรักษา ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเสียชีวิตลงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคและอีกร้อยละ 85 ยังมีชีวิตรอดแต่ยังพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 42.5 ที่มีความพิการตลอดชีวิต (สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์, 2554) กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะวิกฤตินั้น มีแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพในการให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวหรือมีการรับรู้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวลดลง ทำให้ไม่มีโอกาสได้รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่ออาการทุเลาดีขึ้นและต้องออกจากโรงพยาบาลไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ผู้ป่วยกลับต้องรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปของตนเองที่มากขึ้นและระยะยาว การเจ็บป่วยในครั้งนี้จึงมีผลกระทบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

8.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้นหรือมีผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวคือ เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ หรือได้บางส่วน กล้ามเนื้ออ่อนแรง พูดไม่ได้ เคี้ยวอาหารไม่ได้ กลืนอาหารไม่ได้ ปัสสาวะเองไม่ได้ เป็นต้น จากการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาทและคณะ (2550) พบว่า ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค มีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อการกลืน เคี้ยว เคลื่อนไหวของลิ้นทำให้สำลักอาหารได้ พบได้ถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ผลของความผิดปกติดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ จากการศึกษาของ สมนึก สกุลหงส์โสภณและคณะ (2554) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน เมื่อมีความพิการของโรคเกิดขึ้นทำให้มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันน้อยลง (คะแนนดัชนีบาร์เทล < 20 คะแนน) ถึงร้อยละ 80 และพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันน้อยมีจำนวนลดลงในเดือนที่ 3, 6 และ 12 คือ ร้อยละ 67, 57 และ 53 ตามลำดับ ซึ่งความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกด้วย และนอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคในเรื่องการเกิดแผลกดทับมากที่สุด รองลงมาคือการเกิดการติดเชื้อ ข้อติดแข็งและน้อยที่สุดคือการเกิดภาวะเกลือต่ำ (Hyponatremia) หัวใจล้มเหลวและการกลับมาเป็นซ้ำตามลำดับ โดยปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับคือ เพศ ที่พบว่าเพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเพศชาย 4.78 เท่า และจากการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงษ์ (2549) พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายและความซึมเศร้าสามารถทำนายของระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

8.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความพิการส่งผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียภาพลักษณ์ จากการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาทและคณะ (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและบุคลิกภาพตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกอาย ไม่อยากพบใคร ไม่อยากให้ใครมอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวล เบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว และนอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการทางจิตเวชได้ เช่น มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้การเข้าใจ (Cognitive defect) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีสมองเสื่อม (Dementia) ซึมเศร้า (Depress) มีอารมณ์คลั่งเรื้อรัง บ้าคลั่ง (Mania) ผิดปกติ และขาดการแสดงออกทางอารมณ์ได้ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางค์ เลิศชาธาร (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจมากในระยะ 1-3 เดือนแรกและการเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี โดยการ

เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบมากที่สุดคืออารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งพบถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลที่ต้องสังเกตและให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

8.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อเกิดความพิการทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมลดน้อยลง พบปะเพื่อนฝูงน้อยลง จากความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายจากการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาทและคณะ (2550) พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่พิการเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำงานไม่ได้ บทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นกำลังหลักในครอบครัวแต่เมื่อพิการทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้เข้ามาจุนเจือครอบครัวได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเพิ่มขึ้น

ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จากข้อจำกัดของร่างกาย จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ดี ญาติผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการดีขึ้นและต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้

1. ความหมายของญาติผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งที่อยู่ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือประทับประคองผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2553)

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2554)

ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย เป็นสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่อยู่ในครอบครัว มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดในแต่ละวัน และไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

2. ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลแบ่งเป็นประเภทต่างๆ คือ

2.1 แบ่งตามปริมาณความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Horowitz, 1985 อ้างใน จอม สุวรรณ โณ, 2541)

2.1.1 ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีหน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและมีความต่อเนื่องของกิจกรรมการดูแล โดยพบว่า ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคนในครอบครัว (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; ธัญญภรณ์ คาวนพเก้า, 2547; วิไล สุรสาคร, 2547)

2.1.2 ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นบางกิจกรรม ไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลตลอดเวลาหรือตลอดทั้งวัน เช่น มีหน้าที่ในการซื้อของใช้ ออกค่าใช้จ่าย พาไปพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่ง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก (primary caregiver)

2.2. แบ่งตามสาเหตุที่เข้ามาดูแล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการอบรม ผ่านระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ พัฒนาทักษะและมีความเชี่ยวชาญสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ เช่น บุคลากรทางสุขภาพ จิตอาสาจากองค์กรต่าง ๆ ฯลฯ โดยเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Ostwald, 2006)

2.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยความจำเป็น เช่น บุตรสาวดูแลบิดา ภรรยาดูแลสามี ญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นบุตรหรือภรรยา เพื่อตอบแทนบุญคุณ (นงลักษณ์ เต็งประวัติ, 2551)

2.3 แบ่งตามความสัมพันธ์

2.3.1 ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ (Paid caregiver) ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ได้รับการฝึกอบรมดูแลผู้ป่วยและถูกส่งมาทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยรับค่าตอบแทนจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

2.3.2 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Family caregiver) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในการศึกษาญาติผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ผู้ดูแลพบว่า มีทั้งด้านบวกและลบคือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่ได้อยากดูแลผู้ป่วย แต่เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ ไม่คิดว่าเป็นภาระมากที่สุด รองลงมาคือมีความรู้สึกที่อยากดูแลผู้ป่วย พอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าเป็นภาระ และส่วนน้อยที่พบว่ามีความรู้สึกไม่อยากดูแลผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระมาก อยากให้ผู้อื่นนำไปดูแลแทน (คุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554)

3. ลักษณะงานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ลักษณะของกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลกับที่บ้านมีความแตกต่างกัน โดยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย คือทีมแพทย์และพยาบาล โดยเป้าหมายในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัวให้เร็วที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด โดยมีญาติของผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลและการช่วยเหลืออยู่ข้างๆในบางกิจกรรมเท่านั้น แต่เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นและต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเปลี่ยนมาเป็นญาติผู้ดูแลแทน ลักษณะของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความพิการและช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อาการและอาการแสดงของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ แตกต่างจากอาการของโรคที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในระยะวิกฤติ อาการและอาการแสดงเห็นได้อย่างชัดเจน สามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพโดยทีมแพทย์และพยาบาล ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

ลักษณะของงานที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาลและบ้านก็มีความแตกต่างกัน เมื่ออยู่ที่บ้านญาติผู้ดูแลหลักจะดูแลทุกกิจกรรมของผู้ป่วย รับผิดชอบทั้งหมด เช่น สุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา การขับถ่าย การให้อาหาร การดูแลแผล การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น แต่เมื่ออยู่โรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและทีมแพทย์พยาบาลบางกิจกรรม เช่น การเช็ดตัว ลดไข้ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น นอกจากนั้นในประเด็นความพร้อมในการดูแล

ที่บ้าน ญาติผู้ดูแลไม่มีทีมแพทย์และพยาบาลคอยให้คำปรึกษา หรือให้ข้อมูลคำแนะนำอย่างใกล้ชิด มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เทคนิคในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งชีวิต แต่ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล มีอุปกรณ์สนับสนุนการรักษาและการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมแพทย์พยาบาลในการให้การพยาบาล ช่วยเหลือให้ข้อมูลและคำแนะนำอย่างใกล้ชิด ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงมีลักษณะของงานตามรูปแบบ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2554) ดังนี้

3.1 งานที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การให้ยา การทำกายภาพบำบัด (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2553) การดูแลการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลตามแผนการรักษา การผสมผสานการรักษาที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2546) จากการศึกษาของลักษณะ บึงมูม (2552) พบว่า กิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแลนั้น ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่คือการจัดอาหารให้อาหารผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่คือการฟื้นฟูด้านจิตใจ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่คือการกระตุ้นให้ลุกนั่งและพลิกตะแคงตัว และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพยาบาล ส่วนใหญ่คือการมาพบแพทย์ตามนัดและการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.2 งานที่เกิดจากสติปัญญา ความคิด พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การให้กำลังใจผู้ป่วย การยอมรับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย การปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน เป็นต้น จากการศึกษาของลักษณะ บึงมูม (2552) พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่คือ การยอมรับผู้ป่วย การลดความเครียดความกังวล การลดความเศร้าโศก ความซึมเศร้าของผู้ป่วย

3.3 งานที่เกิดจากความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะเรื้อรังมีความต้องการในด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกาย (วชิราภรณ์ โนราช, 2553) ซึ่งแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยต้องการอยากหายและกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิม ต้องการกำลังใจและความรู้ในการดูแลตนเอง (อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551) อารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่บ้านมีทั้งอารมณ์ทางบวกและทางลบ ซึ่งมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับพื้นเพนิสัยเดิมของผู้ป่วยร่วมด้วย ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์โกรธและดื้อขึงใจ ในระยะกลางและระยะสุดท้ายจะมีอารมณ์ซึมเศร้าและหวาดกลัว (เนตรนภา วงศ์กัน, 2552) ซึ่ง

อารมณ์และความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมากลายเป็นงานที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลอย่างครอบคลุม

จากการศึกษาของวินิตา ชูช่วย (2547) พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของญาติผู้ดูแลนั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยศักยภาพสูงที่สุดคือด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพที่น้อยที่สุดคือด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และพบว่าปัจจัยเรื่องอายุและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล สัมพันธภาพทางลบได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของภรภัทร อิมโอรฐ (2552) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลขณะที่อยู่ที่บ้านคือ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลต่อวันและอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะงานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นงานที่มีความต่อเนื่องและมีปริมาณงานที่มากและซับซ้อน ญาติผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ที่มีอายุมากและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก จะสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่อายุน้อย ประสบการณ์ในการดูแลน้อย ดังนั้น บทบาทและหน้าที่ดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (นิชชีมา ศรีจันทร์, 2553)

4. ผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น ไม่มีทีมแพทย์และพยาบาลในการให้การช่วยเหลือสนับสนุน ญาติผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบกิจกรรมการดูแลเป็นส่วนใหญ่ จึงมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย งานที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องออกแรง เช่น การทำกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา บึงมูม (2552) ที่พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วยคือ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้

ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกาย ปวดตามร่างกาย อ่อนเพลียจากการดูแล (ลักษณะ บึงมูม, 2552) มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา ปวดไหล่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (นงลักษณ์ เต็งประวดี, 2551; เสาวภา พริ้วตะกู, 2549) นอนไม่หลับ นอนไม่พอ คุณภาพการนอนไม่มีประสิทธิภาพ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; เสาวภา พริ้วตะกู, 2549; Stuart & Laraia, 2005) จากการศึกษาของ พรารวม สวนจันทร์ (2550) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่ามีความแข็งแรงสมบูรณ์น้อยลง ภายหลังได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปวดหลังและเอว สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2553) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านร่างกายเกิดขึ้นโดยมีความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่ายและมีเวลาพักผ่อนน้อย ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งสิ้น

4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยปริมาณงานที่มีมากและยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ การรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย การตอบสนองการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ บึงมูม (2552) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่ายผู้ป่วยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเองเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นขณะให้การดูแลถึงร้อยละ 15.22 โดยพบปัญหาความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 6.52 รองลงมาคือปวดหลังร้อยละ 4.35 และวิตกกังวล ร้อยละ 2.17 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ จิรานนท์ (2547) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า มีสุขภาพจิตไม่ดีถึงร้อยละ 49.1 จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และญาติผู้ดูแลยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขณะดูแลคือ มีอารมณ์หงุดหงิด รำคาญเวลาที่พูดกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง มีการขัดแย้งทางความคิด เบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553)

4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีหลากหลายกิจกรรมในแต่ละวันทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องทำในทุกกิจกรรมการดูแลใช้เวลาถึง 20 - 24 ชั่วโมงต่อวัน (กรภัทร อิมโอฐ, 2552) หรือ 94.55 ชั่วโมงต่อคนต่อเดือน (อาทร รวีไพบูลย์, 2550) หรือ 160 ชั่วโมงต่อปี (Tsai & Jirovec, 2005) ทำให้บทบาทในการเข้าสังคมของผู้ดูแลลดน้อยลง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2554) กิจกรรมที่ผู้ดูแลเคยปฏิบัติกับครอบครัวของผู้ดูแลเองก็มีลดน้อยลง

ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตและสังคมเปลี่ยนแปลง ขาดการพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อน ขาดการดูแลตนเอง (ลักษณะ บึงมูม, 2552)

ทางด้านเศรษฐกิจนั้น การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยจากหัวหน้าครอบครัวที่มีหน้าที่ในการหารายได้เข้าครอบครัวมาเป็นผู้พิการที่ไม่สามารถหารายได้เข้าครอบครัวได้ ผู้ดูแลจึงต้องเลิกทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยหรือต้องเสียสละเวลาในการหารายได้เข้าครอบครัวเพื่อมาดูแลผู้ป่วย บวกกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องได้รับการรักษาและเสียค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัวที่มากขึ้น เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอิสรพงษ์ ชรรยงและคณะ (2546) พบว่า ผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อสถานะทางการเงิน โดยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีเงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมผู้อื่น โดยในบางเดือนนั้นมียาได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553)

จากการศึกษาของ อธิฐาน ชินสุวรรณ (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยทั้งความหมายทางบวกและทางลบ โดยความหมายทางบวกคือ การชีวิตที่อิสระและมีอำนาจ มีชีวิตที่ดีขึ้น ภาควิไมมีอำนาจและรู้สึกผูกพัน และความหมายเชิงลบคือ ชีวิตที่อึดอัด อดทนและอับอาย มีความยากลำบากน้อยใจ ชีวิตไม่เต็มร้อย กระทั่งถึงสุขภาพและการดำเนินชีวิต การปรับบทบาททางเพศ สังคม ตลอดจนวิถีชีวิต ผลกระทบทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้น และความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วย (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2551) และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ (วรรณ มีสุข, 2548)

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1. ความหมายของความเครียด

ความเครียด (stress) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระทบของร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (มนตรี หลินภู, 2551)

ความเครียด หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resource) ของบุคคลนั้น (Lazarus & Folkman, 1984)

ดังนั้นความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงหมายถึงภาวะที่ญาติผู้ดูแลประเมินเหตุการณ์จากการรับรู้และตัดสินใจว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวของญาติผู้ดูแลเป็นอันตรายหรือคุกคาม จนก่อให้เกิดความเครียดขึ้น เป็นความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและความสามารถของญาติผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการนั้น (Hunt, 2003)

2. ประเภทของความเครียด (มนตรี หลินภู, 2551)

2.1 แบ่งตามสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 2 ประเภทคือ ความเครียดทางร่างกาย (Physical stress) ซึ่งเกิดจากการมีสิ่งคุกคามเนื้อเยื่อในร่างกายแล้วก่อให้เกิดความเครียดและความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) ซึ่งเป็นกระบวนการตอบโต้ทางจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคาม

2.2 แบ่งตามระยะเวลาที่ร่างกายตอบสนอง ซึ่งมี 2 ประเภทคือ ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute of emergency stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในทันที เช่น การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing stress) เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่วนใหญ่เป็นความเครียดทางจิตใจและเป็นความเครียดชนิดต่อเนื่อง อันเกิดมาจากบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีลักษณะของโรคที่เรื้อรัง มีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรง (Primary stressor) ของญาติผู้ดูแล

3. แหล่งที่มาของความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แหล่งที่มาของความเครียดของญาติผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. Subjective stressors เป็นปฏิกิริยาหรือความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และ 2. Objective stressors เป็นความเครียดที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยหรือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยน้อยลง (Lee et al., 2006) ทั้งนี้แหล่งที่มาของความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง Subjective stressors และ Objective stressors กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ง รับประทานอาหารได้น้อย เกิดแผลกดทับ เอะอะโวยวายหรือมีการร้องไห้ จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและมี

ความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย (Objective stressors) และทุกกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือกิจกรรมการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล (ลักขณา บึงมม, 2552) การดูแลกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากผลจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Subjective stressors) โดยทุกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้

จากการศึกษา ของ ชีรภัทร์ นาซิด (2547) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในด้านการสวมใส่เสื้อผ้าและด้านภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่ากิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการขับถ่าย ด้านการอาบน้ำ ด้านการสื่อสาร ด้านการนอน และด้านการรับรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล สุรสาคร (2549) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตเกิดความเครียดมากที่สุดคือการช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ เหนื่อย หรือมีอาการปวด รองลงมาคือ การสังเกตอาการเตือนที่บ่งบอกถึงอาการกำเริบของโรค และการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยอัมพาตปลอดภัยตามลำดับ ทั้งนี้กิจกรรมการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยที่สุดคือการดูแลในเรื่องการสวมใส่เสื้อผ้า ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผลจากการดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้

4. ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) จากการศึกษาของศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีปัญหามาจากการดูแลในเรื่องของความเครียดมากที่สุดร้อยละ 6.52 รองลงมาคือปัญหาปวดหลังร้อยละ 4.35 และปัญหาวิตกกังวลร้อยละ 2.17 ตามลำดับและจากการศึกษาของ Ostwald et al. (2009) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มมีคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 9 และ 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรพงษ์ ชรรยงและคณะ(2546) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการประเมินความเครียด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือ เวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังได้รับการวินิจฉัยโรค ครั้งที่ 2 คือ 6 สัปดาห์หลังได้รับการวินิจฉัยโรค และ

ครั้งที่ 3 คือ 12 สัปดาห์หลังได้รับการวินิจฉัยโรค โดยผลการศึกษาพบว่า ในครั้งที่ 1 ที่ทำการประเมินภายใน 2 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคนั้นไม่พบว่า มีญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นในช่วงดังกล่าว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ใน 2 สัปดาห์แรกนั้นญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลรองจึงไม่เกิดความเครียดขึ้น และในการประเมินในครั้งที่ 2 เมื่อเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ พบว่าญาติผู้ดูแลเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้นร้อยละ 2.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในการประเมินครั้งที่ 3 เมื่อเวลาผ่านไป 12 สัปดาห์หลังได้รับการวินิจฉัยโรค โดยญาติผู้ดูแลที่เกิดความเครียดในครั้งที่ 3 นั้นมีความวิตกกังวลและนอนไม่หลับร่วมด้วย ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 6 ขึ้นไปนั้น เป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน

ถึงแม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย แต่บริบทในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างจากการดูแลที่โรงพยาบาล เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลก็มีความแตกต่างกันออกไป หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลจะได้รับอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สายดูดเสมหะ กระบอกอาหาร พลาสเตอร์ สำลี เป็นต้น ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้มีความเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อหมดอุปกรณ์ดังกล่าวญาติผู้ดูแลต้องซื้อเพิ่ม ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความเครียดขึ้นได้ โดยเฉพาะในญาติผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย ญาติผู้ดูแลที่มีความต้องการในการดูแลที่มากจะมีความเครียดที่มากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีความต้องการในการดูแลน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และนอกจากนั้นยังพบว่าความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2549)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินระดับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุติมา มาตยมูล, 2546; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีเศรษฐ, 2546) โดยสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแลโดยตรงและสถานการณ์ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดขึ้น ความเครียดจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล ดังนี้ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2554)

1. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง มีผลต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะภายในส่วนต่างๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดอาการปวดขึ้นได้ จากการเพิ่มของกรดแลคติกในร่างกาย

2. ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก ระบบนี้จะควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบขับถ่าย เรืองเพศ ระบบย่อยอาหาร เมื่อเครียดก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหา

ท้องอืด ท้องผูก การย่อยอาหารลดลง กระเพาะอาหารอักเสบ กรดหลังน้ำย่อยมากผิดปกติ ปวดท้อง และมีปัญหาทางเพศได้ (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2551)

3. ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ระบบนี้ควบคุมรักษาสมดุล การไหลเวียนและความดันโลหิต การทำงานของต่อมหมวกไต ระบบนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นได้ (มรรยาพร รุจิวิทย์, 2548; สุริย์ กาญจนวงศ์, 2551)

4. ระบบภูมิคุ้มกัน เมื่อเกิดความเครียดเกิดขึ้นจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนแอ ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ติดเชื้อได้ง่าย

จากการศึกษาของ Fonareva et al. (2012) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระหว่างที่บ้านกับโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรับรู้ความเครียดที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$) ในประเทศไทยนั้น พบว่ามีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุตินา มาตยมูล, 2546; ทศนีย์ ประสพกิตติคุณและคณะ, 2553; บุญรัตน์ เพิกเดช, 2545; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วราภรณ์ จิรานนท์, 2547; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีเรศ, 2546; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; อิศรพงษ์ ยรรยงและคณะ, 2546; Okoye, 2011; Thomas et al., 1996) มีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านในจำนวนจำกัด (สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, 2540) การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยใช้กรอบทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาในการอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละระดับที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นในระดับสังคมและชุมชนในปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับวัฒนธรรมในปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547) ความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้สุขภาพของผู้ดูแลไม่สมบูรณ์ (พราวงาม สวนจันทร์, 2550) เกิดเป็น “ผู้ป่วยเงา” เกิดขึ้น (นงลักษณ์ เต็งประวดี, 2551) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Tsai & Jirovec, 2005) โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) และสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในช่วง 1 ปี หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีความเครียดมากกว่าเพศชาย (Ostwald et al., 2009) ในทางตรงข้ามบางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศชายมีความเครียดมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เพราะเพศหญิงได้รับกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ในการทำหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัว (Okoye, 2011) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของอิสรพงษ์ ชรรยง (2546) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น จะทำให้มีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย (Okoye, 2011) นอกจากนั้นเพศยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) และยังมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย (Ostwald et al., 2009) ในทางตรงข้ามมีการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล (ทัศนีย์ ประสพภิตติคุณและคณะ, 2553; บุญรัตน์ เฟิกเดช, 2545; Tsai & Jirovec, 2005)

3. การศึกษา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) และยังมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่การศึกษาน้อย ต้องการหารายได้เพิ่มเติมแต่ไม่สามารถทำได้ (Okoye, 2011)

4. รายได้ของครอบครัว พบว่า เศรษฐฐานะมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชุดิมา มาตยมูล, 2546) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาต โดยญาติผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น (วิไล สุรสาคร, 2552) และความเพียงพอของรายได้อีกมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอีกด้วย (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ในทางตรงข้ามพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีรายได้สูงมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับความคาดหวังจากสังคมมากกว่าว่าต้องให้การดูแลผู้ป่วยดีกว่าคนที่มียาได้น้อย (Okoye, 2011)

5. การรับรู้สมรรถนะตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต (วิไล สุรสาคร, 2552) ผู้ที่ไม่มั่นใจในความสามารถของตนแต่ต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองจะเครียดมากขึ้นถ้าไม่มีความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Secrest, 2000) และจากการศึกษาของ พัทสนีย์ ประสภกิตติคุณและคณะ (2553) ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่ดูแลบุตร โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีความเครียดสูง มีระดับสาร interleukin 6 (IL 6) สูงสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ (Mausbach et al., 2011)

6. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อิสรพงษ์ ชรรยง, 2546) และการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย จะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลมาก (Ostwald et al., 2009) ในทางตรงข้ามบางการศึกษาที่พบว่า การไร้ความสามารถทางร่างกาย (Physical disability) ของผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป (Cameron et al, 2011)

7. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิไลพร ศรีเรศ, 2546) โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่น้อยจะทำให้มีความเครียดในการดูแลที่มาก (คนองนิจ ไชยวุฒิ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย (วราภรณ์ จิรานนท์, 2547) ซึ่งมุมมองของสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตและผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยซึ่งมีการพึ่งพามากและไม่สามารถมีกิจกรรมภายนอกได้จะมีสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแล ในการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงกิจกรรมบางอย่างไว้ แต่ญาติผู้ดูแลมองความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาได้และเป็นความเครียดในชีวิต (Ostwald, et al., 2009)

8. **แรงสนับสนุนทางสังคม** พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่ต้องดูแลบุตร (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณและคณะ, 2553; นาถยพรรณ ภิญโญ, 2545) และสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กออทิสติก (McDonald et al., 1996) สำหรับในผู้ป่วยเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมก็มีความสัมพันธ์กับซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Tsai & Jirovec, 2005) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการสนับสนุนในด้านอารมณ์และการให้ความรู้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อย จะมีความเครียดเกิดขึ้นมาก (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันจะมีผลทำให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกัน (นันทพร เจริญผล, 2548)

9. **ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ** ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีทั้งความเชื่อเกี่ยวกับบาป เช่น การทำให้พ่อแม่เสียใจ ไม่ดูแลพ่อแม่จะเป็นบาป การทดแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณและความเชื่อเกี่ยวกับบุญ เช่น การกตัญญูกตเวทิตากับพ่อแม่หรือผู้มีพระคุณจะทำให้ชีวิตมีความเจริญ ได้บุญจากการดูแล โดยคำนึงความเชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณ บิคารมารดา มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุ ซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่ผู้ดูแลที่ดี ควรปฏิบัติต่อผู้มีพระคุณ (Kespichayawattana, 1999) และสิ่งที่ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการได้ทดแทนบุญคุณ (นงลักษณ์ เต็งประวัตติ, 2551) เมื่อเปรียบเทียบความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยา บุตรและพี่น้องของผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นมารดา มีความเครียดมากกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรหรือพี่น้องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เสาวภา พร้าวตะกู, 2549) ซึ่งการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลที่บ้าน ได้รับอิทธิพลจากความเป็นเครือญาติ การเป็นคนดี และหลักศาสนาเรื่องเวรกรรม บาปบุญ การทดแทนบุญคุณ (อริยฐาน ชินสุวรรณ, 2549) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญและการทำความดีละเว้นความชั่วยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตและสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ (กิตติมา รุ่งแดง, 2553) สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมที่บุตรมีต่อผู้ป่วยที่เป็นบิดามารดา และมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาของ พรารงาม สวนจันทร์ (2550) พบว่า ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Ostwald et al., 2009) ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะช่วยให้ พยาบาล

ทราบถึงสาเหตุที่สอดคล้องกับความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแล สามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้ตรงประเด็น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับกรอบแนวคิด Ecological system theory

1. แนวคิดทฤษฎีระบบระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ทฤษฎีนี้สร้างขึ้นในปี 1970 โดย Urie Bronfenbrenner พื้นฐานของทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลมาจากพัฒนาการของมนุษย์ (Carcone, 2010) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Bronfenbrenner, 2005) เงื่อนไขของระบบนิเวศวิทยาเกิดมาจาก ระบบของสิ่งมีชีวิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคล หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นบุคคลรวมถึงพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบๆตัวของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะเฉพาะของทฤษฎีระบบนิเวศวิทยานี้จะช่วยให้มองเห็นความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบชัดเจนมากขึ้น ซึ่งมีทั้งปัจจัยทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคล (Wilder, 2009) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้นเกิดมาจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม แนวคิดทฤษฎีนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบุคคลเพียงด้านเดียวแต่ยังคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม

2. องค์ประกอบของทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาและการประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ได้แบ่งระดับปัจจัยไว้ 5 ระดับ ดังนี้ 1. ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล (Intrapersonal) 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่และต้องเกี่ยวข้อง มีความกว้างกว่าระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น และ 5. ปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่นการมีนโยบาย การเปลี่ยนแปลงไปของบุคคลหรือจุดพลิกผันในชีวิต

เป็นต้น ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลจึงมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันเป็นระดับ ดังนี้ (Bronfenbrenner, 2005)

2.1 ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) คือปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล (Intrapersonal) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่โดยตรงไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน ความเป็นบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) คือปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน มีการติดต่อซึ่งกันและกัน สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อความเครียดที่จะเกิดขึ้นญาติผู้ดูแลปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว เป็นต้น

2.3 ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) คือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่และต้องเกี่ยวข้อง มีความกว้างกว่าระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล สังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม การไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนหรือการไม่มีแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการทำหน้าที่ในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเกิดความเครียดขึ้นได้ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

2.4 ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) คือ ปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของญาติผู้ดูแล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา ซึ่งส่งผลต่อการดูแลของญาติผู้ดูแล หลักศาสนาที่สั่งสอนให้บุคคลเป็นคนดีทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เป็นต้น

2.5 ปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่นการมีนโยบายให้เบี้ยค่าพิการแก่ผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงไปของญาติผู้ดูแลหรือจุดพลิกผันในชีวิต

ระยะเวลาในการดูแล นโยบายในการดูแล เป็นต้น ซึ่งในการศึกษารังนี้ไม่ได้มีการศึกษาในระดับมิติของเวลาเนื่องจากมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับประเด็นในระดับมิติของเวลา

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีผู้นำกรอบแนวคิดระบบนิเวศวิทยามาใช้กำหนดตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทพฤติกรรมโภชนาการ โดยพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยก่อนเรียนคือ ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้พาเด็กไปซื้อ ชื้อที่ร้านค้าในซอยบ้าน เด็กชอบขนมขบเคี้ยวเพราะรสชาติของขนมเข้มข้น ชนิดของขนมที่เด็กชอบคือกลุ่มข้าว แป้ง และไขมัน นิยมทานตอนเช้าก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหลังเลิกเรียนและนิยมทานขนมขบเคี้ยวร่วมกับน้ำอัดลมซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทางสังคมของเด็กกับพฤติกรรมของเด็กในการบริโภคอาหาร (ภกมน อุทัยกูร, 2553) และยังพบว่ากรอบแนวคิด Ecological Model สามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม ครอบครัวของเด็กก่อนวัยเรียนกับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผลพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน และกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน และ ปัจจัยครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ปัจจัยพฤติกรรมการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง ค่าอาหารของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวและการได้รับข่าวสารข้อมูลด้านอาหารจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (ภญฐา วิศิษฐ์เจริญ, 2554) และนำไปศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด โดยนำแนวคิดมาเป็นแนวทางในการมองความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและนโยบายเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคือปัจจัยในระดับบุคคล ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายและสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก (สุนีย์ อังศุภาสกร, 2554)

ในต่างประเทศนั้นได้ใช้กรอบแนวคิดนี้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคอารมณ์รุนแรง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความเครียดในผู้ดูแลได้คือ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กทั้งภายในและภายนอก สัมพันธภาพกับเด็ก รายได้ สถานภาพและการสนับสนุนทางสังคม (McDonald, 1996) และนำไปศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา ผลการศึกษาพบว่า เศรษฐฐานะของครอบครัวและความถี่ในการเข้าไปโบสถ์เพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Zhang, 2010) ซึ่งผลงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัวและเพื่อนบ้านที่มีความกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น และนอกจากนั้นยังใช้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่

เจ็บป่วยร้ายแรงมีความเครียดเกิดขึ้นทุกรายและคิดว่าถือเป็นโชคที่ดีที่มีสังคมและชุมชนในการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพร่างกาย กรอบแนวคิดนี้จึงช่วยอธิบายและอำนวยความสะดวกในการศึกษาได้เป็นวงกว้างและเป็นระบบมากขึ้น (Anderson, 2010)

จะเห็นได้ว่าในประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการนำเอากรอบแนวคิดนิเวศวิทยาการศึกษาความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงได้นำเอากรอบแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งจะทำให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยในแต่ละระดับได้อย่างเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กันในแต่ละระดับปัจจัยและสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่กว้างมากขึ้น การศึกษาในครั้งนี้มีการศึกษาทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคลและศึกษาเพิ่มขึ้นในระดับสังคมและชุมชน และระดับวัฒนธรรม กรอบแนวคิดนี้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการมองมิติความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวญาติผู้ดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 209 คน ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2555

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

Inclusion Criteria

1. เป็นญาติผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีสติสัมปชัญญะดีสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. ญาติผู้ดูแลเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ญาติผู้ดูแลต้องไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้

6. กรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire) และมีผลการประเมิน 6/10 คะแนนขึ้นไป

7. ญาติผู้ดูแลต้องนับถือศาสนาพุทธ

Exclusion Criteria

ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขนาดตัวอย่าง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.2 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่น้อยที่สุดจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด ซึ่งได้มาจากการวิจัยจำนวน 2 เรื่อง จากการศึกษาของ วิไลพร ศรีธเรศ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาท ($r = -.184$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ คนอนนิจ ไชยวุฒิ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.238$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้วิจัยได้หาคำนวณค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสหสัมพันธ์จากสูตร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545)

$$\begin{aligned} r^- &= \sum N_i r_i / \sum N_i \\ &= (110 \times 0.184) + (110 \times 0.238) / (110 + 110) \\ &= 46.42 / 220 \\ &= 0.211 \end{aligned}$$

จากตารางซึ่งพัฒนาขึ้นตามหลักการของ Cohen (1977) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 194 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 8 โดยประมาณ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 209 คน (กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 210 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ที่ได้รับค่าจ้างจากการดูแลจึงคัดออก เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 209 คน)

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือบ้านพักที่ญาติผู้ดูแลใช้เป็นสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่เป็นส่วนตัวที่ญาติผู้ดูแลสะดวกให้ข้อมูล เป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย และในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในจังหวัดสุรินทร์ (โรงพยาบาลสุรินทร์, 2555) ซึ่งมีทั้งหมด 20 ตำบล 290 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดสุรินทร์มีวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต 3 แบบคือไทยเขมร ไทยลาว และไทยส่วย ทั้งสามวัฒนธรรมมีความคล้ายคลึงกันในการดำเนินชีวิต นับถือศาสนาพุทธเหมือนกันแต่แตกต่างในรายละเอียดของกิจกรรมและภาษาพูด ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์นั้น ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมไทยเขมรและลาว จึงมีความคล้ายคลึงกันของวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิต

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิด ในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิด ในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire :SPMSQ) ซึ่งสร้างขึ้นโดย ฟรีฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) นำไปใช้ในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และ .83 ตามลำดับ จากนั้นประกอบ อินทรสมบัติ (2539) ได้นำมาใช้ประเมินในผู้สูงอายุโรคหืด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ โดยให้ญาติผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมิน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

8 – 10 คะแนน หมายถึง มีการทำหน้าที่ของสติปัญญาในระดับสูงมาก

6 – 7 คะแนน หมายถึง มีการทำหน้าที่ของสติปัญญาในระดับสูง

3 – 5 คะแนน หมายถึง มีการทำหน้าที่ของสติปัญญาในระดับปานกลาง

0 – 2 คะแนน หมายถึง มีการทำหน้าที่ของสติปัญญาในระดับต่ำ

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องตอบคำถามให้ได้ 6/10 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแล รายได้ของครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลรอง) และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง สร้างขึ้นโดยวิไล สุรสาคร (2552) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 4 ระดับ คือ 3 คะแนนหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก 2 คะแนนหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจปานกลาง 1 คะแนนหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจน้อยและ 0 คะแนนหมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนสูงสุด 3 คะแนน (ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจเลย) คะแนนรวม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

- 2.26 – 3.00 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองมาก
- 1.51 – 2.25 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองปานกลาง
- 0.76 – 1.50 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองน้อย
- 0 – 0.75 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นโดยคอลลินและคณะ (Collin et al., 1988) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2537) ซึ่งได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 703 ราย รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ใช้ประเมินในผู้สูงอายุสตรี 60 ปีขึ้นไป จำนวน 720 คน รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 บุศกร กลิ่นอวล (2549) ได้ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 21 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ประเมิน คะแนนรวม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

12- 20 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึงพาในระดับเล็กน้อย
9 - 11 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาในระดับปานกลาง
5 - 8 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาในระดับสูง
0 - 4 คะแนน	หมายถึง การพึ่งพาในระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว สร้างขึ้นโดยซัลลิแวน (Sullivan, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัณและคณะ (2547) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยอัมพาตจำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 จากนั้นอรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ได้นำไปใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 และ 100 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และ .87 ตามลำดับ แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับคือ 4 คะแนนหมายถึง สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา 3 คะแนนหมายถึง สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง 2 คะแนนหมายถึง สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงบางครั้ง 1 คะแนนหมายถึง สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงน้อยครั้งและ 0 คะแนนหมายถึง ไม่เคยมีสัมพันธภาพดังกล่าวเลย คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่เคยมีสัมพันธภาพดังกล่าวเลย) คะแนนรวม 80 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

53.35 – 80 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว อยู่ในระดับดี

26.68 – 53.34 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง

0 – 26.67 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดยเชฟเฟอร์และคณะ (schaefer et al., 1981) จากนั้นสมจิต หนูเจริญกุล (2531) นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทย แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 112 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 จากนั้น จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาใช้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 จากนั้น บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้นำมาทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 20 และ

65 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .86 ตามลำดับ แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ มี 3 ด้านคือด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการและด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการได้รับการช่วยเหลือจาก 3 กลุ่มคือสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร) บุคคลใกล้ชิด (เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับคือ มากที่สุด (4 คะแนน) ค่อนข้างมาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) และไม่ได้เลย (0 คะแนน) คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย) คะแนนรวม 60 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

41 – 60 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

21 – 40 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

0 – 20 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 46 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 แบบสอบถามมีจำนวน 34 ข้อแบ่งเป็น 5 ด้านคือด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านความคิดความจำ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) และไม่ได้เลย (0 คะแนน) คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่มีสถานการณ์การให้การช่วยเหลือหรือดูแลนั้นหรือให้การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย) คะแนนรวม 136 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

90.67 – 136 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับมาก

45.34 – 90.66 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง

0 – 45.33 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับน้อย

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ สร้างขึ้นโดย กิตติมา รุ่งแดง (2553) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 520 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 แบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับ คือ 4 คะแนนหมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุด 3 คะแนนหมายถึง ตรงกับความเป็นจริงมาก 2 คะแนนหมายถึง ตรงกับความเป็น

จริงปานกลาง 1 คะแนนหมายถึง ตรงกับความเป็นจริงน้อยและ 0 คะแนนหมายถึง ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด) คะแนนรวม 52 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

34.67 – 52 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมาก

17.34 – 34.66 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญปานกลาง

0 – 17.33 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ซึ่งค่า Content Validity Index (CVI) ที่ได้ควรมีค่าเท่ากับ 1 (Lynn, 1986) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1 ยกเว้นแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่ได้ค่า CVI เท่ากับ .95 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขเพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน และทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองให้มีคำถามชัดเจนขึ้น และนำแบบสอบถามทั้งหมดไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 209 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

การศึกษารั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 24 คน เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามงานวิจัย ซึ่งมีรายการคำถามและคำชี้แจงที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน มีลำดับขั้นตอนในการสัมภาษณ์ มีการกำหนดตัวเลือกตอบสำหรับการตอบของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจัดอบรมชี้แจงเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษารั้งนี้จึงไม่ต้องการหาความน่าเชื่อถือระหว่างตัวผู้ประเมิน (Inter – rater reliability)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ดังนี้

1. หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตดำเนินการวิจัย และจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีก่อนดำเนินงานวิจัยและสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถาม

2. หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินงานวิจัยทุกครั้ง โดยการสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมต่อนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเซ็นชื่อได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอม

แทน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ที่สะดวกในการให้ข้อมูล และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย ให้เกียรติแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้

3. หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างอย่างเป็นความลับและให้เกียรติแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในพื้นที่และขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพมาเป็นผู้ช่วยวิจัย เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 24 แห่ง เพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอรายชื่ออาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นผู้ช่วยวิจัย จำนวน 24 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงการดำเนินงานวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัย
2. ผู้วิจัยเตรียมการและจัดอบรมชี้แจงการดำเนินงานวิจัย จำนวน 1 วัน แก่ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการเยี่ยมบ้าน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5 ปีขึ้นไป และทราบรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะในการสัมภาษณ์และมีมนุษยสัมพันธ์ดี จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับ ที่มาและความสำคัญของงานวิจัย วัตถุประสงค์งานวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย วิธีการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและจริยธรรมในการวิจัย ข้อตกลงในการดำเนินการวิจัยและการช่วยเหลือผู้ช่วยวิจัยเมื่อมีปัญหาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังการชี้แจงได้เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามและ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยพร้อมกับแจกเอกสารคู่มือผู้ช่วยวิจัยเพื่อใช้สำหรับทบทวนความเข้าใจและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. ติดตามการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย พร้อมสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและทางโทรศัพท์ เดือนละ 2 ครั้งและให้การช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางโทรศัพท์และการชี้แจงด้วยตนเอง

4. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ และผู้ช่วยวิจัยในการแจ้งรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบ ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและแบ่งรายชื่อรับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 4 โซน ตามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อในเขตพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างสมบูรณ์ ในระหว่างนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่ได้รับผิดชอบในทุกโซนเช่นกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

4.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการนัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรายชื่อที่ได้รับผิดชอบล่วงหน้าก่อนวันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4 ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.5 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานที่ที่สะดวกและสบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย

4.6 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยเริ่มการสัมภาษณ์จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อราย

4.7 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มอบของที่ระลึก เพื่อตอบแทนการให้ข้อมูลโดยไม่ได้มีการแจ้งล่วงหน้า และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญกับความเครียดในญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) (Munro, 2001) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 209 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 แต่เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลจำนวน 10 คน ที่มีคะแนนความเครียดเป็น 0 กลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ จึงมีจำนวน 199 คน ผลการศึกษาแบ่งเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

ส่วนที่ 5 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ส่วนที่ 6 สถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชนและปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.41) มีอายุเฉลี่ย 51.61 ปี ครั้งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.25) (Min = 15, Max = 83, Mean = 51.61, S.D. = 14.43) สองในสามมีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.89) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 59.30) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลสองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 62.81) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 39.70) รองลงมาคือเป็นภรรยา (ร้อยละ 26.13) และน้อยที่สุดคือเป็นบิดา (ร้อยละ 1.51) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วง 2 – 24 เดือน (ร้อยละ 41.71) รองลงมาคือช่วง 25 – 48 เดือน (ร้อยละ 22.60) และน้อยที่สุดในช่วง 73-96 เดือน (ร้อยละ 3.02) (Min = 2, Max = 384, Mean = 53.50, S.D. = 57.41, Median = 36) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 92.97) สองในสามไม่มีบุคคลที่ต้องดูแลเพิ่มเติมในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วย (ร้อยละ 60.80) กรณีที่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย พบว่าสองในสามต้องดูแลเพิ่มอีก 1 คน (ร้อยละ 62.82) (Min = 0, Max = 5, Mean = 0.64, S.D. = 1.02, Median = 0) ครั้งหนึ่งไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรอง (ร้อยละ 51.26) (Min = 0, Max = 3, Mean = 0.64, S.D. = 0.74, Median = 0) ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 88.44) และมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 93.47) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (n = 199)

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	164	82.41
ชาย	35	17.59
อายุ (ปี)		
≤ 20	5	2.51
21-40	39	19.60
41-60	100	50.25
> 60	55	27.64

(Min = 15, Max = 83, Mean = 51.61, S.D. = 14.43)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (n= 199) (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา *		
ไม่ได้เรียน	7	3.68
ประถมศึกษา	129	67.89
มัธยมศึกษา/ ปวช	39	20.53
อนุปริญญา/ปวส.	4	2.11
ปริญญาตรี	10	5.26
ปริญญาโท	1	0.53
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	118	59.30
5,001 -10,000	66	33.17
10,001 – 15,000	9	4.52
15,001 – 20,000	2	1.00
≥ 20,001 ขึ้นไป	4	2.01
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกรรวม	125	62.81
รับจ้าง	30	15.08
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	14.57
ค้าขาย	11	5.53
ข้าราชการ	4	2.01
สถานภาพสมรส		
สมรส/คู่	157	78.89
โสด	27	13.57
หม้าย	11	5.53
หย่า	3	1.51
แยก	1	0.50

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (n= 199) (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	199	100
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี	18	9.04
ภรรยา	52	26.13
บิดา	3	1.51
มารดา	11	5.53
บุตรชาย	13	6.53
บุตรสาว	79	39.70
อื่นๆ	23	11.56
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน)		
2 – 24	83	41.71
25 – 48	45	22.61
49 – 72	32	16.08
73 – 96	6	3.02
97– 120	16	8.04
> 120	17	8.54
(Min = 2, Max = 384, Mean = 53.50, S.D. = 57.41, Median = 36)		
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแลมาก่อน		
ไม่มี	185	92.97
2 คน	13	6.53
4 คน	1	0.50

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (n= 199) (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย (คน)		
ไม่มี	121	60.80
มี	78	39.20
1	49	62.82
2	15	19.23
3	10	12.82
4	1	1.28
5	3	3.85
(Min = 0, Max = 5, Mean = 0.64, S.D. = 1.02, Median = 0)		
จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลเอง) (คน)		
ไม่มี	102	51.26
1	69	34.67
2	26	13.07
3	2	1.00
(Min = 0, Max = 3, Mean = 0.64, S.D. = 0.74, Median = 0)		
ความดันโลหิต systolic (mmHg)		
< 140	176	88.44
≥ 140	33	16.58
(Min = 87, Max = 179, Mean = 123.44, S.D. = 15.56)		
ความดันโลหิต diastolic (mmHg)		
< 90	186	93.47
≥ 90	13	6.53
(Min = 42, Max = 113, Mean = 75.45, S.D. = 10.26)		

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ราย

การรับรู้สมรรถนะตนเองของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 61.42) รองลงมาคือรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 34.01) รับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 4.57) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจในสมรรถนะตนเอง ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=197)

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล			
มาก	2.26 – 3	121	61.42
ปานกลาง	1.51 – 2.25	67	34.01
น้อย	0.76 – 1.5	9	4.57
(Min = 1.10, Max = 3, Mean = 2.36, S.D. = 0.44)			

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.26) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.43) (Min = 36, Max = 95, Mean = 71.86, S.D. = 11.26) และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 83.92) สองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 70.85) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.31) นับถือศาสนาพุทธทุกราย (ร้อยละ 100) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดอยู่ในช่วง 2–24 เดือน (ร้อยละ 38.69) รองลงมาคืออยู่ในช่วง 25–48 เดือน (ร้อยละ 23.12) และน้อยที่สุดคืออยู่ในช่วง 73–96 เดือน (ร้อยละ 4.02) (Min = 2, Max = 672, Mean = 59.13, S.D. = 74.37, Median = 36) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=199)

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	95	47.74
ชาย	104	52.26

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=199) (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
36 - 40	3	1.51
41 - 60	26	13.06
> 60	170	85.43
(Min = 36, Max = 95, Mean = 71.86, S.D. = 11.26)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	5.53
ประถมศึกษา	167	83.92
มัธยมศึกษา/ ปวช	16	8.04
อนุปริญญา/ปวส.	1	0.50
ปริญญาตรี	4	2.01
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
เกษตรกร	141	70.85
รับจ้าง	33	16.58
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	5.53
ข้าราชการ	10	5.03
ค้าขาย	4	2.01
สถานภาพสมรส		
สมรส/คู่	124	62.31
หม้าย	62	31.16
โสด	8	4.02
แยก	4	2.01
หย่า	1	0.50
ศาสนา		
พุทธ	199	100

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=199) (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
2 – 24	77	38.69
25 – 48	46	23.12
49 – 72	32	16.08
73 – 96	8	4.02
97– 120	17	8.54
> 120	19	9.55
(Min = 2, Max = 672, Mean = 59.13, S.D. = 74.37, Median = 36)		

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการพึ่งพาในระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 37.19) รองลงมาคือมีการพึ่งพาในระดับสูงมาก (ร้อยละ 33.67) และน้อยที่สุดคือมีการพึ่งพาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.07) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=199)

ระดับความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
พึ่งพาในระดับสูงมาก	0 - 4	67	33.67
พึ่งพาในระดับสูง	5 - 8	30	15.07
พึ่งพาในระดับปานกลาง	9 - 11	28	14.07
พึ่งพาในระดับเล็กน้อย	12 - 20	74	37.19
(Min = 0, Max = 20, Mean = 9.19, S.D. = 6.96, median = 9)			

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครัวเรือนมากที่สุด ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.63) รองลงมาคือมีรายได้ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39.06) และน้อยที่สุดคือมีรายได้ในช่วง 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 4.69) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของรายได้ครัวเรือน (n=192)

รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
$\leq 5,000$	78	40.63
5,001 -10,000	75	39.06
10,001 – 15,000	18	9.37
15,001 – 20,000	12	6.25
$\geq 20,001$ ขึ้นไป	9	4.69

(Min = 600, Max = 70,000, Mean = 9061.98, S.D. = 9725.95, Median = 6350)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 52.26) รองลงมาคือมีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.72) และน้อยที่สุดคือมีสัมพันธภาพในระดับน้อย (ร้อยละ 3.02) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว (n=199)

ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว	ค่าต่ำสุด -ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
ดี	53.35 – 80	104	52.26
ปานกลาง	26.68 – 53.34	89	44.72
น้อย	0 – 26.67	6	3.02

(Min = 2, Max = 80, Mean = 54.20, S.D. = 12.96)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.36) รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนในระดับมาก (ร้อยละ 19.60) และน้อยที่สุดคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 9.04) และพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.96) รองลงมาคือมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.04) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=199)

ระดับ	ค่าต่ำสุด -ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม			
มาก	41 - 60	39	19.60
ปานกลาง	21 - 40	142	71.36
น้อย	0 - 20	18	9.04
(Min = 3, Max = 60, Mean = 32.73, S.D. = 10.36)			
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ			
มาก	34.67 – 52	183	91.96
ปานกลาง	17.34 – 34.66	16	8.04
(Min = 25, Max = 52, Mean = 45.42, S.D. = 6.92)			

เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลได้รับขณะอยู่ที่บ้านเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวสูงสุด ($\bar{x} = 13.76$, S.D. = 4.49) รองลงมาคือกลุ่มญาติ/เพื่อนบ้าน ($\bar{x} = 9.66$, S.D. = 4.40) และได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุดจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ($\bar{x} = 9.30$, S.D. = 4.49) และมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมเท่ากับ 32.73 (S.D. = 10.36) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=199)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าที่เป็นไปได้	Mean	S.D.
โดยรวม	0-60	32.73	10.36
กลุ่มครอบครัว	0-20	13.76	4.49
กลุ่มญาติ/เพื่อนบ้าน	0-20	9.66	4.40
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	9.30	4.49

ส่วนที่ 5 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.92) รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.08) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=199)

ระดับความเครียด	ค่าที่เป็นไปได้	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	45.34 - 90.66	30	15.08
ต่ำ	0 - 45.33	169	84.92
(Min = 1, Max = 89, Mean = 25.46, S.D. = 18.87)			

และเมื่อแบ่งความเครียดออกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดมากที่สุดในด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล ($\bar{x} = 7.03$, S.D. = 5.17) รองลงมาคือด้านร่างกาย ($\bar{x} = 5.53$, S.D. = 5.09) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ($\bar{x} = 5.33$, S.D. = 6.32) ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 4.70) และน้อยที่สุดคือด้านความคิด ความจำ ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 4.78) และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล เท่ากับ 25.46 (S.D. = 18.87) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=199)

ความเครียด	ค่าที่เป็นไปได้	Mean	S.D.
โดยรวม	0 - 136	25.46	18.87
ด้านร่างกาย	0 - 28	5.53	5.09
ด้านพฤติกรรมและอารมณ์	0 - 32	5.33	6.32
ด้านความคิดความจำ	0 - 20	3.27	4.70
ด้านการเฝ้าระวังและป้องกัน	0 - 36	4.30	4.78
ภาวะแทรกซ้อน			
ด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล	0 - 20	7.03	5.17

ส่วนที่ 6 สถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากสถานการณ์การดูแลทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลจำนวน 199 คนมี 5 ลำดับของสถานการณ์การให้การดูแลมากที่สุดคือสถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือการดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง)(ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาลเช่นค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดิน เตียงนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์การดูแลที่ดูแลน้อยที่สุด 5 อันดับแรกคือ การดูแลการทำความสะอาดแผลรอบสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (ร้อยละ 6.53) รองลงมาคือการดูแลการทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.04) การดูแลการทำความสะอาดแผลรอบท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.54) การดูแลการให้อาหารทางสายยาง (สายยางที่ใส่ทางจมูกหรือหน้าท้อง) (ร้อยละ 8.04) และการดูแลการระบายเสมหะเช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ จัดท่าผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ (ร้อยละ 15.08) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละสถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ดูแลมากที่สุดและน้อยที่สุด 5 ลำดับแรก (n=199)

ลำดับ	สถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแล	ด้าน*	จำนวน	ร้อยละ
5 อันดับแรกของสถานการณ์การให้การดูแลที่ดูแลมากที่สุด				
1	ค่าอาหารของผู้ป่วย	การจัดหา	185	92.96
2	การจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง)	การจัดหา	179	89.95
3	ค่ารักษาพยาบาลเช่นค่าตรวจ ค่ายา ค่า กายภาพบำบัด	การจัดหา	176	88.44
4	การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้ เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดิน เติ่งนอน ห้องน้ำ	การจัดหา	168	84.42
5	การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้าง หน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม	ร่างกาย	151	75.88
5 อันดับแรกของสถานการณ์การให้การดูแลที่ดูแลน้อยที่สุด				
1	การทำความสะอาดแผลรอบสายยางให้อาหารทาง หน้าท้อง	เฝาระวัง	13	6.53
2	การทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ	เฝาระวัง	14	7.04
3	การทำความสะอาดแผลรอบท่อช่วยหายใจ	เฝาระวัง	15	7.54
4	การให้อาหารทางสายยาง (สายยางที่ใส่ทางจมูก หรือหน้าท้อง)	ร่างกาย	16	8.04
5	การระบายเสมหะ เช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ จัด ทำผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ	เฝาระวัง	30	15.08

*การจัดหา = ด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล, ร่างกาย = ด้านร่างกาย, เฝาระวัง = ด้านการเฝาระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชนและปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400, p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.471, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161, p = .023$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ เพศ ($r = -.053, p = .454$) อายุ ($r = -.124, p = .081$) การศึกษา ($r = .064, p = .381$) รายได้ครอบครัว ($r = -.024, p = .742$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้าน ($r = .088, p = .219$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r = .070, p = .326$) แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ($r = .020, p = .778$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ($r = -.052, p = .467$) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับบุคคลของบุคคล บัณฑิตระดับสังคมและชุมชน และปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (n = 199)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1												
2	-.060	1											
3	.074	-.451**	1										
4	-.022	.118	-.029	1									
5	-.063	.023	-.075	.104	1								
6	.110	-.190**	.249**	.097	-.047	1							
7	-.006	-.005	.045	.490**	.201**	-.025	1						
8	.033	-.031	-.031	.283**	.030	.201**	.446**	1					
9	-.061	-.207**	.124	-.085	.024	.086	.084	.348**	1				
10	-.055	-.214**	.113	.070	.093	.051	.119	.280**	.508**	1			
11	-.006	-.220**	.117	.096	.046	.180*	.252**	.697**	.795**	.761**	1		
12	-.091	.081	-.077	.165*	.086	-.186*	.145*	.081	.016	.045	.037	1	
13	-.053	-.124	.064	-.400**	-.471**	-.024	-.466**	-.161*	.088	.070	.020	-.052	1

หมายเหตุ : * p < .05, ** p < .001 และ 1 = เพศ, 2 = อายุ, 3 = การศึกษา, 4 = การรับรู้สมรรถนะตนเอง, 5 = ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน, 6 = รายได้ครอบครัว, 7 = สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ดูแลครอบครัว, 8 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, 9 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้าน, 10 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์, 11 = แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม, 12 = ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ, 13 = ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.9) อธิบายได้จากปัจจัยของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยด้านญาติผู้ดูแลมี 3 ประเด็นคือ ประการแรก ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง (ตารางที่ 4.2) ทำให้เกิดทักษะในการดูแลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี สามารถค้นหาและได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือ (Lui, Lee, Greenwood, & Ross, 2011) ประการที่สอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) และประการสุดท้าย การมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญที่มากทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ความกตัญญูตอเวทีย การทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ (Kespichayawattana, 1999) รวมถึงปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย การดูแลกิจกรรมบางกิจกรรมจึงลดลง เห็นได้จากสถานการณ์การให้การดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลใน 5 ลำดับแรก (ตารางที่ 4.11) ที่มีการดูแลมากที่สุดคือ สถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือการดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง) (ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาล เช่นค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดิน เตียงนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมการดูแลที่ไม่วิกฤติและต้องทำเป็นประจำทุกวันจนเกิดทักษะในการดูแล ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการทำเพื่อทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ ทำให้ญาติผู้ดูแลที่

ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุตินา มาตยมูล, 2546; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีธเรศ, 2546)

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400, p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ($r = -.471, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161, p < .05$) (ตารางที่ 4.12) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในขนาดสูงที่สุดคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วย (Microsystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลงด้วย (ภรภัทร อัมโธ, 2550) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักที่พบว่าผู้ป่วยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อิสรพงษ์ ยรรยง, 2546) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009)

ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) เป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์รองลงมาในทิศทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลได้ โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่ดี จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลและครอบครัว มีการรับรู้ปฏิสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างกัน จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้าน สัมพันธภาพที่ดีทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติ

ผู้ดูแลและครอบครัวที่เกิดขึ้นที่บ้านส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4.6) มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.85) และญาติผู้ดูแลสองในสามมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรและภรรยาซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว (ตารางที่ 4.1) จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร เกิดความรู้สึกแน่นแฟ้นกลมเกลียวกันภายในครอบครัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) และวัฒนธรรมของครอบครัวไทย ที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายโดยเฉพาะครอบครัวในชนบท (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2552) ทำให้มีความรักใคร่ซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (อรอนงค์ กุลณรงค์และคณะ, 2555) ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วรารักษ์ จิรานนท์, 2547) และสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออกมาด้วยความยินดีและเต็มใจ จะทำให้เกิดการปรับตัวและลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา คงหอมและคณะ, 2548)

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ดูแล (Microsystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลเองก็มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ดูแลโดยตรง โดยผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาก จะทำให้มีความเครียดลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ดี เกิดความรู้สึกที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ก่อให้เกิดภาระหรือเกิดความเครียดขึ้น (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2546) สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1978) ที่พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากและมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมาก ย่อมส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะดูแลผู้ป่วยหรือเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยน้อยลง ในทางตรงข้ามผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตได้ (วิไล สุรสาคร, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นมีการรับรู้สมรรถนะตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องการเตรียมอาหาร การให้อาหารและยาตามแพทย์สั่งที่บ้านมากที่สุด ($\bar{x} = 2.66$, S.D. = 0.55) และครอบครัวเชื่อว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.58) จึงทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองมาก

สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา ที่ว่าการมีประสบการณ์การดูแลโดยตรงและความสำเร็จที่ญาติผู้ดูแลได้รับ จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในตนเองได้และมีความเชื่อว่าญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ รวมไปถึงการได้รับคำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวยังทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1978) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีความแตกต่างจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองในเขตชุมชนเมือง ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (วิไล สุรสาคร, 2552)

ปัจจัยสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับสังคมและชุมชน (Esosystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับมากที่สุดมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในบ้านเดียวกับญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มาก มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านน้อย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ ด้านการเงินและความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมั่นใจและมีความเครียดต่ำ การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การแสดงออกถึงความห่วงใย พึงพาซึ่งกันและกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ไขปัญหามีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้นและลดความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา คงหอมและคณะ, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษารั้วนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงสุด ($\bar{x} = 13.76$, S.D. = 4.49) (ตารางที่ 4.8) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมแบบเป็นทางการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้กำลังใจ ปรึกษาและมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด (กรรณิกา คงหอม, 2546) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดมาจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ รองลงมาคือเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามลำดับ (ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว, 2547) และการที่ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าครอบครัวนั้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ มีการพึ่งพาน้อย ญาติผู้ดูแลจึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มดังกล่าวน้อยกว่าสมาชิกในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแล

จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการให้คำแนะนำ ความสนใจเอาใจใส่ทุกข์สุขและการให้ขวัญกำลังใจจากญาติ/เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.7) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยมานาน โดยระยะเวลาเฉลี่ย 4-5 ปี น้อยที่สุด 2 เดือนและมากที่สุด 56 ปี (ตารางที่ 4.3) ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน แรงสนับสนุนทางสังคมจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย ตลอดจนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ (Sit et al., 2004) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และการให้ความรู้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคอารมณ์รุนแรง (McDonald et al., 1996) ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านน้อย การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สามารถหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ มีความรู้สึกลึกซึ้งใจและมีความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเองได้จนทำให้สามารถลด จัดการหรือป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Ganster & Victor, 1988 อ้างใน ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลอาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ของครอบครัวและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นเพศที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวตามค่านิยมของวัฒนธรรมไทยและจากกระบวนการจัดเกลาทางสังคมของวัฒนธรรมไทยที่มีการกำหนดบทบาททางเพศและนำบทบาททางเพศมาเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2552) และญาติผู้ดูแลมีอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมได้ (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) รวมถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ (วาริ ระกิติ, 2552) เพศหญิงและอยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงมีหน้าที่ในการดูแลบ้านเรือนและสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว และญาติผู้ดูแลมีการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับและเป็นระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของคนในชุมชน มีรายได้

ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ตารางที่ 4.5) ทั้งนี้เนื่องมาจากครอบครัวของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำนาเป็นอาชีพหลัก ส่งผลให้มีรายได้ที่ไม่สูงมากนัก มีวิถีชีวิตอย่างพอเพียงทำให้ไม่มีความเดือดร้อนในเรื่องค่าใช้จ่ายและสัมพันธ์กับวัฒนธรรมไทยที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยมีญาติผู้ดูแลรองช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกับเขตชุมชนเมืองมีความแตกต่างกัน โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาแต่ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองเป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน แต่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (วรารณ จิรานนท์, 2547)

ญาติผู้ดูแลเกือบทุกรายมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.7) ซึ่งมีลักษณะเหมือนกัน (homogeneous) ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยยึดถือหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้หน้าที่ที่ต้องให้การดูแล สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดบทบาทต่างๆของญาติผู้ดูแล (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2546) และมีความเชื่อในเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา ซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่ผู้ดูแลที่ดี ควรปฏิบัติต่อผู้มีพระคุณอยู่แล้ว (Kespichayawattana, 1999) จึงไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

บทที่ 6

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือบ้านที่ญาติผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 209 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนญาติผู้ดูแลนั้นต้องเป็นญาติผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร เต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ นับถือศาสนาพุทธและกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire) และมีผลการประเมิน 6/10 คะแนนขึ้นไป มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิดในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (The Short Portable Mental Status Questionnaire) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล และส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ จากนั้นได้ชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 24 คน ขอรายชื่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยวิจัยและแบ่งรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 4 โซน ตามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนจะเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างสมบูรณ์ ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่ได้รับผิดชอบในทุกโซนเช่นกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 โดยแต่ละครั้งในการเก็บข้อมูลจะมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า และเมื่อถึงวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามและเก็บข้อมูลวิจัยโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม ซึ่งเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อคน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นนำผลงานวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.41) ครั้งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.25) มีอายุเฉลี่ย 51.61 ปี สองในสามมีระดับการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.89) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 59.30) สองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 62.81) นับถือศาสนาพุทธทุกราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 39.70) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 2 – 28 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 41.71) สองในสามไม่ต้องดูแลบุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย (ร้อยละ 60.80) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 92.97) และครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรอง (ร้อยละ 51.26) ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นเพศชายและหญิงอย่างละครึ่ง (ร้อยละ 52.26) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.43) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 83.92) สองในสามมีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 70.85) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.31) และหนึ่งในสี่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-24 เดือน (ร้อยละ 38.69)

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.92) และเมื่อแบ่งความเครียดออกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดมากที่สุดในด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล เท่ากับ 7.03 รองลงมาคือด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.53 ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.33 ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 และน้อยที่สุดคือด้านความคิดความจำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400, p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.471, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161, p = .023$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ เพศ ($r = -.053, p = .454$) อายุ ($r = -.124, p = .081$) การศึกษา ($r = .064, p = .381$) รายได้ครอบครัว ($r = -.024, p = .742$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้าน ($r = .088, p = .219$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r = .070, p = .326$) แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ($r = .020, p = .778$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ($r = -.052, p = .467$)

ข้อดีของงานวิจัย

1. การใช้กรอบแนวคิดระบบนิเวศวิทยาช่วยให้มุมมองในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างเป็นระบบและกว้างมากขึ้น ทั้งในระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ระดับบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ระดับสังคมและชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยมีความเชี่ยวชาญ คำนึงถึง เข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว สื่อสารด้วยภาษาไทยท้องถิ่นได้ ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความรวดเร็วและได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้าน ทำให้มีความเข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาได้ทันทีจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการให้ข้อมูลน้อยลง เนื่องจากสามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ให้ข้อมูลได้ ส่งเสริมการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. งานวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันเท่านั้น
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ จึงต้องใช้เวลาในการสื่อความหมายของแบบสอบถามแต่ละข้อ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัจจัยระดับวัฒนธรรม ยังไม่ครอบคลุมมิติเชิงสังคมวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice)

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลอย่างครอบคลุม จัดโครงการ/กิจกรรมการดูแลระดับปฐมภูมิในการดูแลญาติผู้ดูแล โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และจัดอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการเข้าถึงความต้องการ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเอง การเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้และพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อยลง การสร้างแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะกลุ่มบุคคลในครอบครัว รวมไปถึงการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research)

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียดในญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับวัฒนธรรมในเชิงกว้างเช่น ทัศนคติในการทดแทนบุญคุณบิดามารดา การปลูกฝังค่านิยมในบทบาทหน้าที่ หรือความเชื่อในเวรกรรม เป็นต้น เพื่อให้เห็นปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านเพิ่มขึ้น
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Scale) กับความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองหรือศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
5. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ด้านการศึกษา (Health education)

การจัดการเรียนการสอนควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการสร้างความตระหนักให้กับนักศึกษาในการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล สังคมและชุมชน และระดับวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
FACTORS RELATED TO STRESS OF FAMILY CAREGIVER OF PATIENTS
WITH STROKE AT HOME

ภาวิณี พรหมบุตร 5437872 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (NURSING), สมนึก สกุดหงส์โสภณ,
Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ (stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 ของโรควิถีชีวิต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ที่คร่าชีวิตประชาชนทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2554 มีประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ จำนวนถึง 6.15 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2011) ในประเทศไทยปี 2553 สาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและโรคหัวใจตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากอัตราตายและอัตรารายทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบและส่งผลกระทบที่ร้ายแรงกับประชาชนทั่วโลก

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการรักษาคือความพิการ และความพิการนี้จะกลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติในระยะยาวต่อไป โดยผลกระทบที่สำคัญในระยะยาวและต่อเนื่องคือ ครอบครัว (อัมพรพรรณ ธีรานุช, 2553) ภาระหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นจึงเป็นของครอบครัว การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่บ้านนั้น ผู้ป่วยมีความพิการและช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาการและอาการแสดงที่

เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ภายหลังการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ครอบครัวมอบหมายให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลทุกกิจกรรมของผู้ป่วย (ธีรภัทร์ นาซิด, 2547; ลักขณา บึงมูม, 2552) ซึ่งเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่องและมีความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่างยิ่ง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ โดยปัญหาที่สำคัญของญาติผู้ดูแลคือ ความเครียดจากการดูแล (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) โดยปริมาณงานที่มากและยุ่งยากซับซ้อน สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นสถานการณ์สำคัญที่พบได้ที่บ้านและเป็นแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรงของญาติผู้ดูแล (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550)

ความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญของญาติผู้ดูแล (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) โดยส่วนใหญ่เริ่มมีความเครียดเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 9 และ 12 สัปดาห์ (อิศรพงษ์ ชรรยงและคณะ, 2546; Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน ถึงแม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย แต่บริบทในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องเทคนิคการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยลดลง และอุปสรรคสนับสนุนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งชีวิต ความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านจึงมีมากกว่าที่โรงพยาบาล (Fonareva et al., 2012) และด้วยอาการและอาการแสดงของโรคที่ค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจึงต่อเนื่องเป็นระยะยาว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุตินา มาตยมูล, 2546; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีเชรศ, 2546) อย่างไรก็ตามมีผลกระทบในวงกว้าง เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) สามารถอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลทั้งปัจจัยระดับบุคคลและระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับมิติของเวลา ซึ่งทุกมิติมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันในทุกระดับและเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จนเกิดเป็นพัฒนาการขึ้น (Bronfenbrenner, 2005) การใช้กรอบแนวคิดนี้ทำให้มองปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในญาติ

ผู้ดูแลได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคลเท่านั้น ไม่พบการศึกษาในระดับสังคมและชุมชนและระดับวัฒนธรรม ซึ่งได้อธิบายอย่างครอบคลุมโดยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาที่ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุตินา มาตยมูล, 2546; ทศนีย์ ประสพกิตติคุณและคณะ, 2553; บุญรัตน์ เฟิกเดช, 2545; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; พรชัย จุลเมตต์และคณะ, 2544; วราภรณ์ จิรานนท์, 2547; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีธีเรศ, 2546; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; อิศรพงษ์ ธรรมงและคณะ, 2546; Okoye, 2011; Thomas et al., 1996) มีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านในจำนวนจำกัด (สมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2540) จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

จังหวัดสุรินทร์ มีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 10 จากสาเหตุการเจ็บป่วย 16 อันดับแรก โดยพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในทุกๆปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) โดยอำเภอเมืองสุรินทร์ เป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในจังหวัดสุรินทร์ (โรงพยาบาลสุรินทร์, 2555) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้จำนวนญาติผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (Keller, 2008) ญาติผู้ดูแลที่เกิดภาวะเครียดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พราวงาม สวนจันทร์, 2550; Ostwald et.al., 2009) การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล ระหว่างบุคคลอาจไม่ครอบคลุมสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น และไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บ้านของญาติผู้ดูแล การแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงต้องทราบถึงสาเหตุที่สัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว จึงจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลได้ สามารถวางแผนในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อลดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดสภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพพอเพียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย จึงจะสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 ที่ต้องการก้าวสู่วิถีชีวิตที่พอเพียง สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมสุขภาวะ ภายใต้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

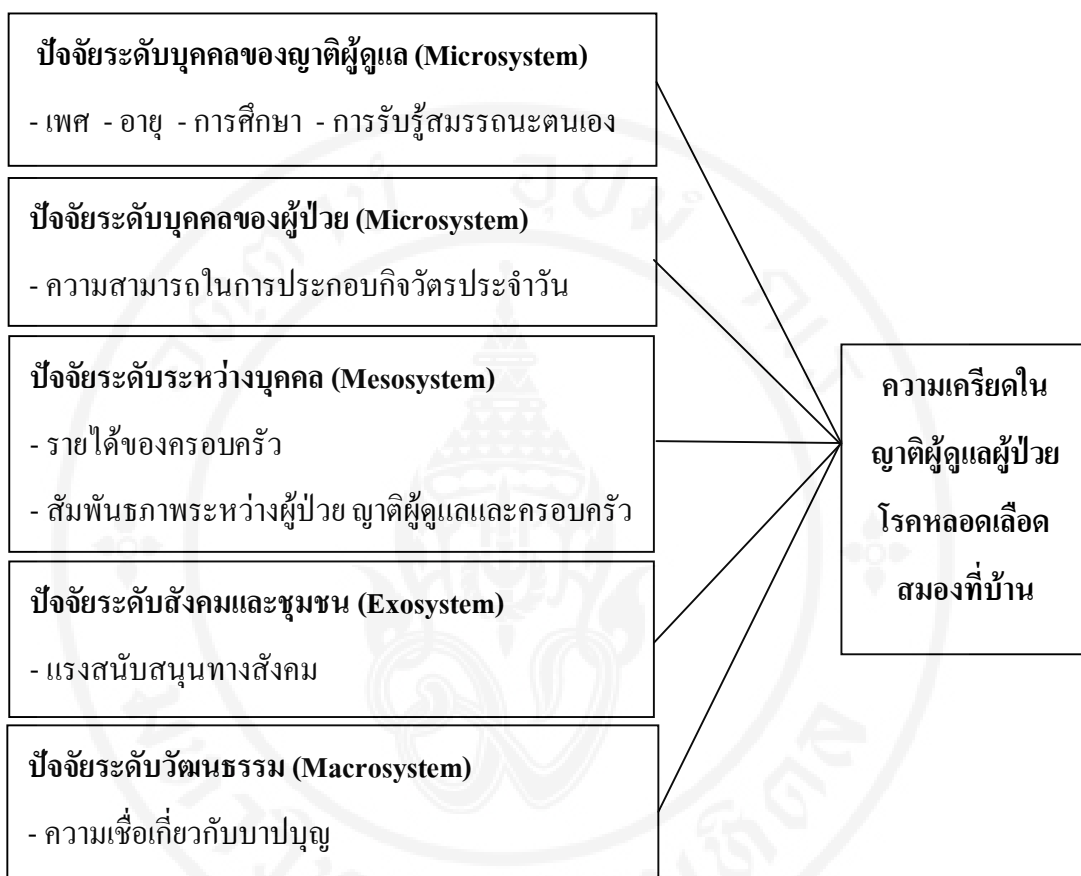
เพื่อศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) โดยกล่าวไว้ว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยแนวคิดทฤษฎีนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบุคคลเพียงด้านเดียวแต่ยังคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม 5 ระดับ ได้แก่ 1. ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล (Intrapersonal) 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่และต้องเกี่ยวข้อง มีความกว้างกว่าระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น และ 5. ปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่นการมีนโยบาย การเปลี่ยนแปลงไปของบุคคลหรือจุดพลิกผันในชีวิต เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัย 4 ระดับ คือ 1.ปัจจัยระดับบุคคล (Microsystem) ได้แก่ ด้านญาติผู้ดูแลคือ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ด้านผู้ป่วยคือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2.ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว 3.ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม 4.ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และส่วนปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับมิติเวลาจึงไม่ได้มีการศึกษาในระดับมิติของเวลาในครั้งนี้ กรอบแนวคิดนี้จะช่วยให้อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่บ้านได้ครอบคลุมทุกมิติมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทุกระดับได้ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

วิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 209 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นญาติผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ เต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีสติสัมปชัญญะดีสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง กรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire) และมีผลการประเมิน 6/10 คะแนนขึ้นไปและต้องนับถือศาสนาพุทธ มีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพักที่ญาติผู้ดูแลใช้เป็นสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่เป็นส่วนตัวที่ญาติผู้ดูแลสะดวกให้ข้อมูล เป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย

เครื่องมือวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิดในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

1. เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิด ในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire :SPMSQ) ซึ่งสร้างขึ้นโดย พร็ฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องตอบคำถามให้ได้ 6/10 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแล รายได้ของครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลรอง) และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง สร้างขึ้นโดยวิไล สุรสาคร (2552) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 4 ระดับ คะแนนสูงสุด 3 คะแนน (ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจเลย) คะแนนรวม 30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นโดยคอลลินและคณะ (Collin et al., 1988) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2537) ซึ่งได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 703 ราย รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 จากนั้นเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ได้นำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุสตรี 60 ปีขึ้นไป จำนวน 720 คน รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 จากนั้นบุศกร กลิ่นอวล (2549) ได้ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 21 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ประเมิน คะแนนรวม 20 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว สร้างขึ้นโดยซัลลิแวน (Sullivan, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัณและคณะ (2547) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตจำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 จากนั้นอรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ได้นำไปใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 และ 100 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และ .87 ตามลำดับ แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับ คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่เคยมีสัมพันธภาพดังกล่าวเลย) คะแนนรวม 80 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดยเชฟเฟอร์และคณะ (schaefer et al, 1981) จากนั้นสมจิต หนูเจริญกุล (2531) นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทย แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 112 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 จากนั้น จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 จากนั้นบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้นำมาทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 20 และ

65 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .86 ตามลำดับ แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ มี 3 ด้านคือด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการและด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการได้รับการช่วยเหลือจาก 3 กลุ่มคือสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร) บุคคลใกล้ชิด (เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย) คะแนนรวม 60 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บสมอง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บทางสมองจำนวน 46 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 แบบสอบถามมีจำนวน 34 ข้อแบ่งเป็น 5 ด้านคือด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านความคิดความจำ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่มีสถานการณ์การให้การช่วยเหลือหรือดูแลนั้นหรือให้การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย) คะแนนรวม 136 คะแนน

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ สร้างขึ้นโดย กิตติมา รุ่งแดง (2553) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 520 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 แบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับ คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด) คะแนนรวม 52 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีก่อนดำเนินงานวิจัย ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินงานวิจัยทุกครั้ง มีการซักถามถึงความยินยอมตนในการเข้าร่วมการวิจัยและจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตนเท่านั้น ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

บุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างและจะเก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างอย่างเป็นความลับ ให้เกียรติแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ที่สะดวกในการให้ข้อมูล และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในพื้นที่และขออาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพมาเป็นผู้ช่วยวิจัย จำนวน 24 คน จากนั้นชี้แจงการดำเนินงานวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 วัน และติดตามการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย พร้อมสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและทางโทรศัพท์ เดือนละ 2 ครั้ง และให้การช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางโทรศัพท์และการชี้แจงด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแบ่งรายชื่อรับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเขตรับผิดชอบการเก็บข้อมูลออกเป็น 4 โซน ผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนจะเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อในเขตพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างสมบูรณ์ ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่ได้รับผิดชอบในทุกโซนเช่นกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการนัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรายชื่อที่ได้รับผิดชอบล่วงหน้าก่อนวันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) (Munro, 2001)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเอง

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.41) มีอายุเฉลี่ย 51.61 ปี ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.25) สองในสามมีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.50) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 67.89) สองในสามประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.81) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 39.70) การรับรู้สมรรถนะตนเองของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 61.42) รองลงมาคือรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 34.01) รับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 4.57) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจในสมรรถนะตนเอง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.26) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.43) (Min = 36, Max = 95, Mean = 71.86, S.D. = 11.26) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดอยู่ในช่วง 2-24 เดือน (ร้อยละ 38.69) (Min = 2, Max = 672, Mean = 59.13, S.D. = 74.37, Median = 36) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการพึ่งพาในระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 37.19) รองลงมาคือมีการพึ่งพาในระดับสูงมาก (ร้อยละ 33.67) และน้อยที่สุดคือมีการพึ่งพาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.07)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวมากที่สุด ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.63) รองลงมาคือมีรายได้ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39.06) และน้อยที่สุดคือมีรายได้ในช่วง 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 4.69) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 52.26) รองลงมาคือมีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.72) และน้อยที่สุดคือมีสัมพันธภาพในระดับน้อย (ร้อยละ 3.02)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.36) รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนในระดับมาก (ร้อยละ 19.60) และน้อยที่สุดคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 9.04) เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลได้รับขณะอยู่ที่บ้าน เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวสูงสุด ($\bar{x} = 13.76$, S.D. = 4.49) รองลงมาคือกลุ่มญาติ/เพื่อนบ้าน ($\bar{x} = 9.66$, S.D. = 4.40) และได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุดจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ($\bar{x} = 9.30$, S.D. = 4.49) และมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมเท่ากับ 32.73 (S.D. = 10.36) ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.96) รองลงมาคือมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.04) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.92) รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.08) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับมากและเมื่อแบ่งความเครียดออกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดมากที่สุดในการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล ($\bar{x} = 7.03$, S.D. = 5.17) รองลงมาคือด้านร่างกาย ($\bar{x} = 5.53$, S.D. = 5.09) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ($\bar{x} = 5.33$, S.D. = 6.32) ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 4.70) และน้อยที่สุดคือด้านความคิดความจำ

($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 4.78) และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล เท่ากับ 25.46 (S.D. = 18.87)

ส่วนที่ 6 สถานการณ์การให้การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากสถานการณ์การดูแลทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลจำนวน 199 คนมี 5 ลำดับของสถานการณ์การให้การดูแลมากที่สุดคือสถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือการดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง)(ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาลเช่นค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดิน เตียงนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์การดูแลที่ดูแลน้อยที่สุด 5 อันดับแรกคือ การดูแลการทำความสะอาดแผลรอบสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (ร้อยละ 6.53) รองลงมาคือการดูแลการทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.04) การดูแลการทำความสะอาดแผลรอบท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.54) การดูแลการให้อาหารทางสายยาง (สายยางที่ใส่ทางจมูกหรือหน้าท้อง) (ร้อยละ 8.04) และการดูแลการระบายเสมหะเช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ จัดท่าผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ (ร้อยละ 15.08) ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชนและปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400$, $p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.471$, $p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466$, $p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161$, $p = .023$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ เพศ ($r = -.053$, $p = .454$) อายุ ($r = -.124$, $p = .081$) การศึกษา ($r = .064$, $p = .381$) รายได้ครอบครัว ($r = -.024$, $p = .742$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้าน ($r = .088$, $p = .219$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r = .070$, $p = .326$) แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ($r = .020$, $p = .778$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ($r = -.052$, $p = .467$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.9) อธิบายได้จากปัจจัยของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยด้านญาติผู้ดูแลมี 3 ประเด็นคือ ประการแรก ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง (ตารางที่ 4.2) ทำให้เกิดทักษะในการดูแลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาคิดดี สามารถค้นหาและได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือ (Lui, Lee, Greenwood, & Ross, 2011) ประการที่สอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) และประการสุดท้าย การมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญที่มากทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ความกตัญญูคุณเวท การทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ (Kespichayawattana, 1999) รวมถึงปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย การดูแลกิจกรรมบางกิจกรรมจึงลดลง เห็นได้จากสถานการณ์การให้การดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลใน 5 ลำดับแรก (ตารางที่ 4.11) ที่มีการดูแลมากที่สุดคือ สถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือการดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง) (ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดิน เตียงนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมการดูแลที่ไม่วิกฤติและต้องทำเป็นประจำทุกวันจนเกิดทักษะในการดูแล ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการทำเพื่อตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ ทำให้ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546; ชุติมา มาตยมูล, 2546; วิไล สุรสาคร, 2547; วิไลพร ศรีธีเรศ, 2546)

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400, p < .01$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ($r = -.471, p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466, p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = -.161, p < .05$) (ตารางที่ 4.12) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในขนาดสูงที่สุดคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วย (Microsystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลงด้วย (กรภัทร อิมโอส, 2550) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักที่พบว่าผู้ป่วยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อิสรพงษ์ ыррыง, 2546) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009)

ปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) เป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์รองลงมาในทิศทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลได้ โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่ดี จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลและครอบครัว มีการรับรู้ปฏิสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างกัน จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้าน สัมพันธภาพที่ดีทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่เกิดขึ้นที่บ้านส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4.6) มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.85) และญาติผู้ดูแลสองในสามมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรและภรรยาซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว (ตารางที่ 4.1) จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร เกิดความรู้สึกแน่นแฟ้นกลมเกลียวกันภายในครอบครัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) และวัฒนธรรมของครอบครัวไทย ที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายโดยเฉพาะครอบครัวในชนบท (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2552) ทำให้มีความรักใคร่ซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (อรอนงค์ กุลณรงค์และคณะ, 2555) ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วรารักษ์ จิรานนท์, 2547) และสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออกมาด้วยความยินดีและเต็มใจ จะทำให้เกิดการปรับตัวและลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา กองหอมและคณะ, 2548)

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นปัจจัยในระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล (Microsystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแลเองก็มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยญาติผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาก จะทำให้มีความเครียดลดลง ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ดี เกิดความรู้สึกที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ก่อให้เกิดภาระหรือเกิดความเครียดขึ้น (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2546) สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1978) ที่พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากและมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมาก ย่อมส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะดูแลผู้ป่วยหรือเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยน้อยลง ในทางตรงข้ามญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตได้ (วิไล สุรสาคร, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นมีการรับรู้สมรรถนะตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องการเตรียมอาหาร การให้อาหารและยาตามแพทย์สั่งที่บ้านมากที่สุด ($\bar{x} = 2.66$, S.D. = 0.55) และครอบครัวเชื่อว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.58) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองมาก สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา ที่ว่าการมีประสบการณ์การดูแลโดยตรงและความสำเร็จที่ญาติผู้ดูแลได้รับ จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในตนเองได้และมีความเชื่อว่าญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ รวมไปถึงการได้รับคำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวยังทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1978) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีความแตกต่างจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองในเขตชุมชนเมือง ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (วิไล สุรสาคร, 2552)

ปัจจัยสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับสังคมและชุมชน (Esosystem) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (2005) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับมากที่สุดมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในบ้านเดียวกับญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มาก มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านน้อย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ ด้านการเงินและความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมั่นใจและมีความเครียดต่ำ การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การแสดงออกถึงความห่วงใย พึงพาซึ่งกันและกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ไขปัญหาและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้นและลดความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา คงหอมและคณะ, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงสุด ($\bar{x} = 13.76$, S.D. = 4.49) (ตารางที่ 4.8) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมแบบเป็นทางการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้กำลังใจ ปรึกษาและมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด (กรรณิกา คงหอม, 2546) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดมาจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ รองลงมาคือเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามลำดับ (ธัญญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.7) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยมานาน โดยระยะเวลาเฉลี่ย 4-5 ปี น้อยที่สุด 2 เดือนและมากที่สุด 56 ปี (ตารางที่ 4.3) ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน แรงสนับสนุนทางสังคมจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย ตลอดจนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ (Sit et al., 2004) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และการให้ความรู้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคอารมณ์รุนแรง (McDonald et al., 1996) ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่บ้านน้อย การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สามารถหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ มีความรู้สึกลึกซึ้งใจและมีความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเองได้จนทำให้สามารถลด จัดการหรือป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Ganster & Victor, 1988 อ้างใน ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลอาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ของครอบครัวและความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นเพศที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวตามค่านิยมของวัฒนธรรมไทยและจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของวัฒนธรรมไทยที่มีการกำหนดบทบาททางเพศและนำบทบาททางเพศมาเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2552) และญาติผู้ดูแลมีอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมได้ (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) รวมถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ (วารี ระกิติ, 2552) เพศหญิงและอยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงมีหน้าที่ในการดูแลบ้านเรือนและสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว และญาติผู้ดูแลมีการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับและเป็นระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของคนในชุมชน มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ตารางที่ 4.5) ทั้งนี้เนื่องมาจากครอบครัวของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำนาเป็นอาชีพหลัก ส่งผลให้มีรายได้ที่ไม่สูงมากนัก มีวิถีชีวิตอย่างพอเพียงทำให้ไม่มีความเดือดร้อนในเรื่องค่าใช้จ่ายและสัมพันธ์กับวัฒนธรรมไทยที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยมีญาติผู้ดูแลรองช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกับเขตชุมชนเมืองมีความแตกต่างกัน โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาแต่ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองเป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน แต่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (วารกรณ์ จิรานนท์, 2547)

ญาติผู้ดูแลเกือบทุกรายมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.7) ซึ่งมีลักษณะเหมือนกัน (homogeneous) ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยยึดถือหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้หน้าที่ที่ต้องให้การดูแล สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดบทบาทต่างๆของญาติ

ผู้ดูแล (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2546) และมีความเชื่อมั่นในเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา ซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่ผู้ดูแลที่ดี ควรปฏิบัติต่อผู้มีพระคุณอยู่แล้ว (Kespichayawattana, 1999) จึงไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice)

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลอย่างครอบคลุม จัดโครงการ/กิจกรรมการดูแลระดับปฐมภูมิในการดูแลญาติผู้ดูแล โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และจัดอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการเข้าถึงความต้องการ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการแก้ไขปัญหความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเอง การเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้และพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อยลง การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะกลุ่มบุคคลในครอบครัว รวมไปถึงการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research)

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียดในญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับวัฒนธรรมในเชิงกว้างเช่น ทัศนคติในการทดแทนบุญคุณบิดามารดา การปลูกฝังค่านิยมในบทบาทหน้าที่ หรือความเชื่อในเวรกรรม เป็นต้น เพื่อให้เห็นปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านเพิ่มขึ้น

3. ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองหรือศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5. ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Scale) กับความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ด้านการศึกษา (Health education)

การจัดการเรียนการสอนควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการสร้างความตระหนักให้กับนักศึกษาในการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล สังคมและชุมชน และระดับวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

**FACTORS RELATED TO STRESS OF FAMILY CAREGIVER OF PATIENTS
WITH STROKE AT HOME**

PAVINEE PROMBUT 5437872 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
SOMNUK SAKULHONGSOPON, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and significance of the study**

Cerebrovascular disease (stroke), paralysis or paresis constitute one of the five non-communicable chronic lifestyle diseases (Policy and Strategy Bureau, Office of the Permanent-Secretary for Public Health, 2011) constantly taking the lives of the global population. In 2011, cerebrovascular disease accounted for the second highest number of mortalities from the global population following heart disease at 6.15 million people, or 10.8%, of all mortalities (WHO, 2011). In Thailand (2010), cerebrovascular disease is the fourth highest ranking cause of death following cancer, accidents and heart disease, respectively (Ministry of Public Health, 2010). Mortality and illness rates on global and national levels reflect cerebrovascular disease as a silent danger with severe impacts on people worldwide.

Post-treatment impacts on patients are disability and disability will become a chronic disease requiring ongoing home-based treatment with long-term impacts on patients, families, society and the nation. Significant long-term and continuous impacts are placed on families (Ampornpan Tiranuch, 2010), thereby creating major familial burdens in home-based treatment for patients. In cases of illness at home, patients are disabled with low self-efficacy. Symptoms and presenting symptoms at patients' homes will be gradual, non-critical and chronic. Therefore, for patients to have good quality of life following stroke, families must provide continual home-

based care for patients and the persons assigned by families to care for patients with stroke at home are primary caregivers (Dusit Jantayanon and colleagues, 2011). Regarding activities in caring for patients with stroke at home, family caregivers must be responsible for every activity of patients (Tirapat Nachit, 2004; Lakkana Beungmum, 2009), which is a duty requiring daily actions with difficulty for inexperienced caregivers. Hence, the care of patients with stroke has high impact on family caregivers. The impacts on family caregivers providing home-based care for patients include physical, social, emotional and psychological impacts. The main problems of family caregivers are stress from care (Siriluck Kaewsiwong, 2006), large amounts of difficult and complicated work, including the surrounding environment. The impacts on the lives of family caregivers are important situations found at home and a direct source of stress for family caregivers (Bunmat Jansirimongkol, 2007).

Stress is a significant issue for family caregivers (Dusit Jantayanon and colleagues, 2011). Most family caregivers begin to have stress at the sixth, ninth and twelfth weeks (Issarapong Yanyong and colleagues, 2003; Stuart & Laraia, 2005), which are times when family caregivers need to care for patients with stroke discharged from hospital and returned home. Although family caregivers receive instruction and practice skills in caring for patients before discharge, different environments in caring for patients create limitations in problem-solving techniques, reduced confidence in caring for patients and inadequate support equipment in providing care for patients throughout their lives. The result is that stress at home is higher than at the hospital (Fonareva et al., 2012). Because of the fact that symptoms and presenting symptoms of the disease are gradual, non-critical and chronic, stress in family caregivers is ongoing over a long period of time. According to previous studies, family caregivers of patients with stroke have been found to have stress at low or moderate levels (Kanongnit Chaiyawut, 2003; Chutima Matayakul, 2003; Pornchai Chunmet and colleagues, 2001; Wilai Surasakorn, 2004; Wilaiporn Sritaret, 2003). However, wide-ranging impacts have been found to be related to many factors concerning patients, family caregivers, families and other environments.

The Ecological System Theory can explain the factors related to stress in family caregivers whether those factors are on personal, interpersonal, social or community levels, as well as cultural and time dimension levels, in which all dimensions are interrelated at all levels and environments surrounding patients and family caregivers until development has been accomplished (Bronfenbrenner, 2005). Implementation of this concept enables the factors related to stress in family caregivers to be viewed systematically with coverage. According to a previous study on the factors related to stress in family caregivers providing care for patients with stroke, the study was found to have been conducted to study personal and interpersonal relationships. No studies on social and community levels or cultural levels were encountered, which can be explained by the Ecological System Theory. Furthermore, according to studies in the past, studies on the stress of family caregivers has been found to mostly collect data at hospitals (Kanongnit Chaiyawut, 2003; Chutima Matayamun, 2003; Tassanee Prasobkittikun and colleagues, 2010; Boonrat Perkdet, 2002; Prakobporn Timtong, 2007; Pornchai Junmet and colleagues, 2001; Waraporn Jitanon, 2004; Wilai Surasakorn, 2004; Wilaiporn Sritaret, 2003; Siriluck Kaewsriwong, 2006; Issarapong Yanyong and colleagues, 2003; Okoye, 2011; Thomas et al., 1996). Studies on family caregivers' stress at home have been found in limited numbers (Somnuk Sakunhongsohon, 1997), thereby necessitating studies on the factors related to the stress of family caregivers of patients with stroke which occurs at home to be used as preliminary data and systematically explain stress in caregivers.

Cerebrovascular disease is the tenth highest cause of illness out of sixteen causes in Surin with escalating morbidity rates annually (Prasat Neurological Institute, 2009). Muang Surin is the district with the highest rate of morbidity with cerebrovascular disease in Surin (Surin Hospital, 2012). Increases in patients have also increased the number of family caregivers in Surin (Keller, 2008). Family caregivers with stress will cause impacts on the quality of care provided for patients with stroke (Praongam Suanjan, 2007; Ostwald et al., 2009). Studies on the factors related to stress in family caregivers of patients with stroke on personal and interpersonal levels may not cover the causes of stress and have no relationships with the home environments of family caregivers. Stress issues may be solved without coverage and with less efficiency. Therefore, community health nursing practitioners must be aware of the

causes related to the stress occurring in family caregivers systematically with coverage and consistency in line with surrounding environments in order to be able to help resolve the issue of stress in family caregivers together with planning nursing activities to relieve stress in family caregivers with coverage so family caregivers can have good physical, psychological, social, emotional and spiritual health conditions resulting in good quality of life and sufficient health for patients with stroke in line with the Thai Healthy Lifestyle Strategic Plan for 2011-2020 seeking sufficient lifestyles, sufficient health, sufficient health systems and sufficient social health conditions under the concept of cool health together for a content society in the future.

Research Objectives

To describe the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke, personal factors of family caregivers (gender, age, educational attainment and perceived self-efficacy), patient factors (ability to perform daily activities), interpersonal factors (family income and relationships between patients, family caregivers and families), social and community factors (social support), cultural factors (beliefs concerning merits and sins) and examine the correlations among the aforementioned factors with the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke.

Conceptual Framework

This study used the Ecological System Theory of Bronfenbrenner (2005) who stated that persons and environments are directly and indirectly interrelated. This theoretical concept gives importance not only to persons but also considers five levels of factors with relationships between the persons and the environment consisting of the following: 1) Micro-system factors, which are intrapersonal factors; 2) Meso-system factors, which are interpersonal factors; 3) Exo-system factors, which are factors related to societies or communities where family caregivers live with a broader range of involvement than the personal and interpersonal levels; 4) Macro-system factors are factors at the outermost exterior of the person, such as beliefs, culture,

values, laws, morals, religious principles, etc., and 5) Chrono-system factors, which are factors involved with previous policies or events occurring with impacts on the person and the environment, such as policies, changes or turning points of persons, etc.

The following four levels of factors were studied in this research: 1) Micro-system factors consisting of gender, age, educational attainment and perceived self-efficacy in the terms of family caregivers and capabilities in performing daily activities concerning patients; 2) Meso-system factors consisting of family income and relationships between patients, family caregivers and families; 3) The exo-system factor which is social support and 4) The macro-system factor, which is beliefs regarding merits and sins. Chrono-system factors are no different in terms of time dimensions and, therefore, were not studied. This conceptual framework will help explain the factors related to stress in family caregivers of patients with stroke at home with coverage of all dimensions, clear and more systematic interactions on every level as shown in Figure 1.1.

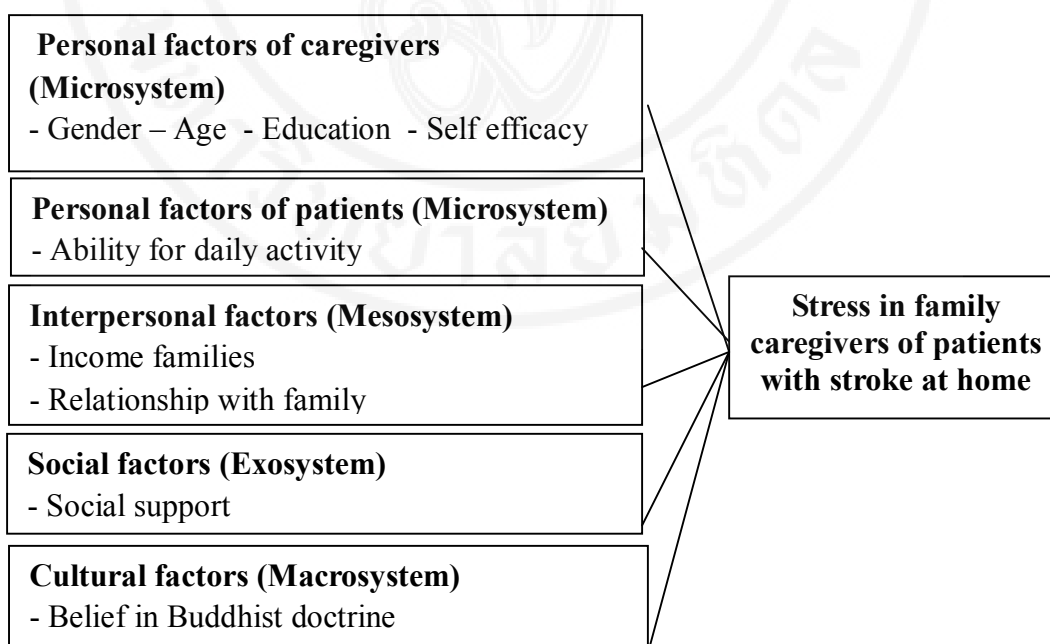


Figure 1.1 Conceptual framework of study

Copyright by Mahidol University

Methods

This research was based on a correlational research design.

Sample

The sample comprised 209 family caregivers providing home-based care for patients with stroke and living in Muang Surin, Surin. The researcher selected the samples by purposive sampling according to inclusion criteria among people who were primary family caregivers caring for patients for no less than six weeks, patients diagnosed by doctors as patients with stroke, family caregivers with no speech, hearing or communication problems and with ability to read and communicate in Thai together with willingness to cooperate in the study, good consciousness and ability to provide information independently. In cases where the family caregivers were aged sixty years and up, family caregivers required evaluation with the Short Portable Mental Status Questionnaire and a score of 6/10 points and up. Lastly, the patients had to be Buddhists. The exclusion criteria consisted of caregivers who were paid or received wages for the care of patients with stroke.

Data collection was performed at the residential homes used by family caregivers to care for patients with stroke. The researcher collected data in private facilities convenient for family caregiver respondents. These facilities were quiet and peaceful places with no confrontations with patients.

Instruments

In this study, the instruments were divided into the instrument for assessing cognitive conditions in family caregivers aged sixty years and up and the instruments for data collection. The instruments were tested for content validity by a panel of three qualified experts who were nursing professors with expertise and experience in the care of patients with stroke and families.

1. The instrument for assessing cognitive conditions in family caregivers aged sixty years and up was the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) created by Pfeifer (1975). The questionnaire contained ten questions and samples aged sixty years and up were required to answer with scores of 6/10 points and up.

2. The instruments for data collection comprised the following eight parts of questionnaires:

Part 1 – The form for recording the general data of family caregivers

created by the researcher contained items concerned with gender, age, educational attainment, monthly income, current occupation, marital status, religious, relationship with patients, time spent providing care for patients, number of patients with stroke cared for, family income, family members requiring care in addition to patients, number of persons assisting in the care of patients (secondary family caregivers) and blood pressure levels.

Part 2 – The form for recording general data on patients with stroke

created by the researcher consisted of gender, age, educational attainment, occupation before illness, marital status, religion and time of illness.

Part 3 – The self-efficacy questionnaire

created by Wilai Surasakorn (2009) was tested for content validity by a panel of three qualified experts and tested in twenty caregivers of paralyzed patients. The questionnaire received Cronbach's Alpha Coefficient of .92 and contained ten questions with four rating scales with the highest score being three points (high confidence in family caregivers), the lowest score of zero points (no confidence in family caregivers) and a total score of thirty points).

Part 4 – The form for assessing ADL (Activities of Daily Living)

performance ability created by Collin and colleagues (Collin et al., 1988) translated and modified in Thai by Suttichai Jitapankul and colleagues (1994) was implemented in seven hundred and three senior adults with Cronbach's Alpha Coefficient of .79. Pensiri Santayopat (1999) implemented the form to assess seven hundred and twenty female senior adults aged sixty years and up and acquired Cronbach's Alpha Coefficient of .81. Bussakorn Klin-uan (2006) implemented the form to assess twenty-one patients with stroke and acquired a Cronbach's Alpha Coefficient of .85. The questionnaire contained ten questions and evaluated the real capabilities of patients. Each question yielded unequal scores depending on the activities assessed with a total possible score of twenty points.

Part 5 – The questionnaire on relationships between patients, family

caregivers and families was created by Sullivan (1993) and translated into Thai by Wannarat Lawang and colleagues (2004). The questionnaire was tested for content validity by a panel of five qualified experts and experimented in forty paralyzed

patients and acquired a Cronbach's Alpha Coefficient of .76. Arin Jarunsit (2011) implemented the questionnaire in assessing relationships between thirty cerebrovascular disease and a hundred family caregivers with Cronbach's Alpha Coefficient of .76 and .87, respectively. The questionnaire contained twenty questions with five rating scales, the highest score of four points (the aforementioned relationship concurred with reality at all times), the lowest score of zero points (the aforementioned relationship never existed) and the total possible score of eighty points.

Part 6 – The social support questionnaire was created by Schaefer and colleagues (Schaefer et al., 1981) and modified in Thai by Somjit Hanujarernkul (1988). The questionnaire was tested for content validity by a panel of qualified experts and used for evaluating one hundred and twelve cancer patients with Cronbach's Alpha Coefficient of .97. Jularak Kawiwiwitchai (1993) submitted the questionnaire to a panel of three qualified experts for content validity testing and the questionnaire was implemented in one hundred breast cancer patients undergoing chemotherapy with a Cronbach's Alpha Coefficient of .86. Bunmat Jansirimongkol (2007) tested the questionnaire in twenty and sixty-five family caregivers of cancer patients who underwent radiotherapy with a Cronbach's Alpha Coefficient of .84 and .86, respectively. The questionnaire contained fifteen questions in three aspects comprising emotional support, material and service support, news and information support with questions covering support from three groups comprising family members (spouses, parents and children), close persons (relatives and neighbors) and medical personnel (doctors, nurses and officials). The questionnaire was in the form of a five-level Likert Scale with the highest score of four points (received the most support), the lowest point of zero points (no support received) and a total possible score of sixty points.

Part 7 – The questionnaire on family caregivers' stress was developed by Siriluck Kaewsriwong (2006) from literature review in line with care activities at the homes of relatives providing care for brain trauma patients. The questionnaire was tested for content validity by a panel of five qualified experts and tested in forty-six caregivers of brain trauma patients with Cronbach's Alpha Coefficient of .95. The questionnaire contained thirty-four questions divided into five aspects comprising the

physical, behavioral, emotional and memory aspects with the aspects of complication monitoring and prevention with the aspect of procurement and management of care expenses. The questionnaire was in the form of a five-level Likert Scale with the highest score of four points (provision of care caused family caregivers to have the most stress), the lowest point of zero points (situations of providing support, care or support and care did not cause stress) and a total possible score of one hundred and thirty-six points.

Part 8 – The questionnaire on beliefs concerning merits and sin was created by Kittima Rieudang (2010). The questionnaire was tested for content validity by a panel of five qualified experts and tested in five hundred and twenty samples with a Cronbach's Alpha Coefficient of .92. The questionnaire contained thirteen questions with five-level rating scales with the highest score of four points (most concurrent with reality), the lowest score of zero points (least concurrent with reality) and a total possible score of fifty-two points.

Protecting the Rights of the Sample

The researcher requested permission to conduct the research and research ethics from the research ethics committee on research in human subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, before conducting the study. The researcher requested cooperation from the sample every time before conducting the study with questions concerning consent to participate in the study and the researcher collected data only when the samples had consented without coercion and with no violation of personal rights. The researcher notified the sample of the research objectives and data collection steps every time without concealing information, disclosing the names of the samples and maintaining complete confidentiality and respect for the sample. Samples with discomfort were able to stop completing the questionnaires. The researcher allowed the samples to vent feelings, ask questions and select places convenient for providing data without confronting patients.

Data Collection

After receiving approval from the research ethics committee for research in human subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, the researcher coordinated to request permission to collect research data in the area and requested twenty-two professional nursing volunteers as research assistants. The researcher then spent a day explaining the research methods to the research assistants and following-up on data collection with the research assistants together with asking questions regarding problems and obstacles in collecting data in person and by telephone twice a month. The researcher also provided support when problems from data were encountered by telephone and personal explanation. The researcher and research assistants delegated data collection responsibilities and divided data collection responsibilities into four zones. Each research assistant collected data from the sample group according to lists in zones of responsibility by collecting complete data from each sample. During that time, the researcher also collected data according to the lists of responsibilities in every zone. Data was collected from November to December in 2012.

The researcher and research assistants scheduled appointments with family caregivers of patients with stroke according to the lists of responsibilities before the data collection dates. On the data collection dates, the researcher and research assistants introduced themselves to the patients and family caregivers of patients with stroke, built relationships, explained the research objectives and sought consent to participate in the study. Once the sample had consented to participate in the study, the researcher and research assistants had the samples sign consent forms and interviewed the samples using questionnaires. A period of approximately forty minutes per sample was used in completing the questionnaires.

Data Analysis

Demographic data of family caregivers and patients was analyzed using descriptive statistics consisting of frequencies, percentages, mean and standard deviation. The relationships of the studied variables in line with the set objectives were

analyzed using inferential statistics consisting of the Spearman Rank Correlation (Munro, 2001).

Results

Part 1 –Family Caregiver Personal Factors: Gender, Age, Education and Perceived Self-Efficacy

Most of the samples who were family caregivers of patients with stroke were females (82.41) with a mean age of 51.61 years. Half of the samples were aged 41-60 years (50.25%), two out of three samples had received elementary levels of education (67.50%), more than half of the samples had monthly incomes of less than 5,000 baht (67.89%), two out of three samples had agricultural occupations (62.81%), all of the samples were Buddhists (100%) and directly related to the patients as daughters (39.7%). Most of the samples who were family caregivers had high degrees of perceived self-efficacy (61.42%), followed by moderate degrees of perceived self-efficacy (34.01%), low degrees of perceived self-efficacy (4.57%) and none of the samples were found to have deficient confidence in their capabilities.

Part 2 – Patient Personal Factors: Patients' ADL Performance Capability

More than half of the samples who were patients with stroke were males (52.26%), most of whom were aged sixty years and up (85.43%) (Min = 36, Max = 95, Mean = 71.86, S.D. = 11.26) with the longest duration of illness at 25-48 months (38.69%) (Min = 2, Max = 672, Mean = 59.13, SD= 74.37, Median = 36). In the area of capabilities to perform daily activities, most of the samples who were patients with stroke had minor levels of dependence (37.19%), followed by high levels of dependence (33.67%) and moderate levels of dependence (14.07%).

Part 3 – Interpersonal Factors: Family Income and Relationships between Patients, Family caregivers and Families

Most of the samples had family incomes of less than 5,000 baht per month (40.63%), followed by 5,001 – 10,000 baht per month (39.06%) and 15,001 – 20,000

baht per month (4.69%). The relationships between patients, family caregivers and families of most samples who were family caregivers were at good levels (52.26%), followed by relationships at moderate levels (44.72%) and relationships at low levels (3.02%).

Part 4 – Social and Familial Factors: Social Support and the Cultural Factor of Beliefs Concerning Merits and Sin

The social support of most of the samples who were family caregivers was at a moderate level (71.36%), followed by high social support (19.6%) and low social support (9.04%). When social support was analyzed per aspect, the samples who were family caregivers were found to have the highest mean social support from families ($\bar{x} = 13.76$, S.D. = 4.49), followed by relatives/neighbors ($\bar{x} = 9.66$, S.D. = 4.4) and the least social support from medical personnel ($\bar{x} = 9.3$, S.D. = 4.49) with a mean overall social support of 32.73 (S.D. = 10.36). Beliefs concerning the merits and sin of the samples who were family caregivers were mostly at high levels (91.96%), followed by moderate levels (8.04%) and none of the samples were found to have low levels of beliefs concerning merits and sins.

Part 5 – Stress of Family Caregivers Providing Home-Based Care for Patients with stroke

Concerning the stress from providing home-based care for patients with stroke among the samples who were family caregivers, most of the samples had low levels of stress (84.92%) followed by moderate levels of stress (15.08%) and none of the samples who were family caregivers were found to have high levels of stress. When stress was divided into separate aspects, the samples who were family caregivers were found to have the highest mean stress concerning procurement and management of care expenses ($\bar{x} = 7.03$, S.D. = 5.17), followed by the physical aspect ($\bar{x} = 5.53$, S.D. = 5.09), the behavioral and emotional aspect ($\bar{x} = 5.33$, S.D. = 6.32), the aspect of monitoring and preventing complications ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 4.7) and the least in the aspect of memory ($\bar{x} = 4.3$, S.D. = 4.78). When considered in terms of an aggregate perspective view, the mean stress of samples who were family caregivers was found to be 25.46 (S.D. = 18.87).

Part 6 – Care-Giving Situations of Family Caregivers Providing Home-Based Care for Patients with stroke

According to all care situations, the 199 samples who were family caregivers had the five highest care-giving situations consisting of patients' food expenses (92.96%), followed by arranging patient check-ups by appointment (including transportation and travel costs) (89.95%), medical expenses, such as examination costs, medication costs and physical therapy costs (88.44%), modification of home environments for suitability with patients' conditions, such as hallways, bedrooms, bathrooms (84.42%) and care in daily activities, such as tooth brushing, face washing, taking showers, dressing, combing (75.88%), respectively. Furthermore, the five situations requiring the least care comprised dressing of the abdominal gastric tube (6.53%), followed by endotracheal tube suction (7.04%), dressing of the endotracheal tube (7.54%), maintaining feeding tubes (nasal gastric tubes or abdominal gastric tube) (8.04%) and mucous drainage care such as percussion, suctioning, posturing drainage (15.08).

Part 7 – Relationships between Personal Factors of Family caregivers, Patients, Interpersonal Factors, Social and Community Factors, Cultural Factors and Stress of Relatives Providing Home-Based Care for Patients with stroke

According to the analysis of relationships using the Spearman Rank Correlation, the factors negatively related to stress in family caregivers of patients with stroke were found to be perceived self-efficacy ($r = -.400$, $p < .001$), capability of patients in ADL performance ($r = -.471$, $p < .001$), relationships between patients, family caregivers and families ($r = -.466$, $p < .001$) and social support from families ($r = -.161$, $p < .05$). The factors not related to stress in relatives providing care for patients with stroke at home comprise gender ($r = -.053$, $p = .454$), age ($r = -.124$, $p = .081$), education ($r = .064$, $p = .381$), family income ($r = -.024$, $p = .742$), social support from relatives/neighbors ($r = .088$, $p = .219$), social support from medical personnel ($r = .070$, $p = .326$), overall social support ($r = .020$, $p = .778$) and beliefs concerning merits and sin ($r = -.052$, $p = .467$).

Discussion

According to the findings, the stress of most family caregivers in providing home-based care for patients with stroke was at a low level (Table 4.9) due to both family caregivers and patients. In terms of family caregivers, the following three issues were encountered: First, family caregivers were found to have high degrees of perceived self-efficacy leading to good care skills and outcomes. Furthermore, the relatives providing care for patients with stroke with good problem-solving capabilities were able to find and receive support (Lui, Lee, Greenwood & Ross, 2011). Second, good relationships between patients, family caregivers and families created encouragement in providing care for patients while good social support from families modified behaviors in reducing stress (Panyarat Lapawongpattana, 2009). Lastly, high degrees of belief concerning merits and sin resulted in patient care that was concurrent with beliefs, values and culture in caring for family members, gratitude and repaying benefactors (Kespichayawattana, 1999). Concerning patients with stroke, the patients were found to have high capacity for ADL performance and low dependence on family caregivers, thereby reducing some care activities as evident from situations in the provision of home-based care for family caregivers in the first five situations (Table 4.11) with the most care, which consisted of patients' food costs (92.96%), followed by management for patients to receive check-ups by appointment (including transportation and travel costs) (89.95%), medical expenses such as examination costs, medication costs and physical therapy costs (88.44%), modification of home environments for suitability with patients' conditions, such as hallways, bedrooms, bathrooms (84.42%) and care in daily activities, such as tooth brushing, face washing, taking showers, dressing, combing (75.88%), respectively, which were non-critical care activities requiring daily performance. Thus, family caregivers obtained skills in providing care. Furthermore, family caregivers received support from family members and cared for cerebrovascular patients to repay benefactors, thereby causing relatives who had to care for patients with stroke at home to have low stress levels. The aforementioned findings concurred with previous studies finding family caregivers of patients with stroke to also have low levels of stress (Kanongnit Chaiyawut, 2003; Chutima Matayamun, 2003; Wilai Surasakorn, 2004; Wilaiporn Sritaret, 2003).

According to the findings, the factors negatively related to stress in family caregivers providing home-based care for patients with stroke were perceived self-efficacy ($r = -.400, p < .001$), ADL performance capacity ($r = -.471, p < .001$), relationships between patients, family caregivers and families ($r = -.466, p < .001$) and social support from families ($r = -.161, p < .05$) (Table 4.12). The most closely related factor was the patients' ADL performance capacity, which is a microsystem factor according to the Ecological System Theory of Bronfenbrenner (2005), thereby reflecting that the patients' microsystem factors were related to the care behaviors of care-giving relatives. Patients with stroke with high ADL performance capacity will have low dependence on family caregivers, thereby reducing behaviors in providing care for patients (Pornpat Im-ot, 2007) and causing family caregivers to have low levels of stress from care, which concurred with the findings that one out of three patients with stroke are capable of ADL performance with low dependence (Table 4.4) and differed from patients with stroke in intensive care units who were found to have high degrees of dependence. This was found to be in line with previous studies finding loss of ADL performance capacity to be related to stress among caregivers of patients with stroke (Isarapong Yanyong, 2003) and negatively related to stress among caregivers of patients with stroke (Ostwald et al., 2009).

The relationships between patients, family caregivers and families, which is a mesosystem factor according to the Ecological System Theory of Bronfenbrenner (2005), is a sub-factor negatively related to stress in family caregivers providing home-based care for patients with stroke, thereby reflecting interpersonal relationships as a factor related to the stress of family caregivers. Good relationships between patients, family caregivers and families will relieve stress encountered in the home-based care of patients with stroke by family caregivers because patients with stroke, family caregivers and families have interactive physical and psychological perceptions from events or situations at home. Good relationships enable family caregivers to provide good care for patients with stroke (Prakobporn Timtong, 2007). This was found to be concurrent with the findings of the study which found most relationships between patients, family caregivers and families at home to be in good levels (Table 4.6) with the highest closeness ($\bar{x} = 3.44, S.D. = 0.84$). Two out of three family caregivers were directly related to patients as children and wives, who were family

members (Table 4.1), promoting an atmosphere of generosity, feelings of familial intimacy and good relationships in families, thereby resulting in ability to provide recommendations and important support in solving various problems encountered in the home-based care of patients (Panyarat Lapawongwattana, 2009). Furthermore, Thai family culture, most of which involves extended families, especially in rural areas (Porntip Keyuranon, 2009), gives families great love for one another. This finding differs from a study of relationships in families of Muslim family caregivers of patients with cerebrovascular disease at home, which found family relationships to be at moderate levels (Orn-anong Kunnarong and colleagues, 2012). Therefore, stress of family caregivers of cerebrovascular disease patients was low in line with previous studies which found the relationships of caregivers and patients to be related to the mental health of caregivers of patients with stroke (Waraporn Jitanon, 2004). Furthermore, the relationships of caregivers toward patients and families which are expressed with pleasure and willingness can cause adaptation and reduced stress in caring for patients with cerebrovascular disease at home (Kannika Konghom and colleagues, 2005).

Perceived self-efficacy was a microsystem factor of family caregivers concurrent with the Ecological System Theory of Bronfenbrenner (2005), reflecting the microsystem factors of family caregivers to be related to stress, which is a direct microsystem factor of family caregivers. Family caregivers with high degrees of perceived self-efficacy in providing care for cerebrovascular disease patients at home will have less stress because family caregivers can be confronted with care situations at home, have good feelings in providing care for patients and feel that caring for patients does not create burdens or stress (Sasitorn Changsuwan, 2003), which concurred with the concept of Bandura (Bandura, 1978), who found persons with high degrees of perceived self-efficacy and outcome expectation with trends in providing care for patients or less stress from the provision of care for patients. On the contrary, however, family caregivers with low perceived self-efficacy may have stress from providing care for paralyzed patients (Wilai Surasakorn, 2009), which concurred with the findings of this study in that most family caregivers of patients with cerebrovascular disease at home had high perceived self-efficacy (Table 4.2). Family caregivers had the highest perceived self-efficacy on the topic of preparing food,

feeding patients and administering medications according to doctors' orders at home ($\bar{x} = 2.66$, S.D. = 0.55) and families believed family caregivers to be the best caregiver for patients ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.58), resulting in family caregivers having high perceived self-efficacy in agreement with the Perceived Self-Efficacy Theory of Bandura which stated that direct care experience and success met by family caregivers will help increase self-efficacy and cause family caregivers to have beliefs of being capable of providing care for patients. In addition, verbal persuasion and emotional stimulation by family members also increased perceived self-efficacy in family caregivers (Bandura, 1978). Perceived self-efficacy of family caregivers who cared for patients at home was found to have differed from a study of perceived self-efficacy in urban community areas, which found family caregivers to have moderate perceived self-efficacy concurrent with past studies which found perceived self-efficacy of family caregivers to be related to stress in family caregivers providing home-based care for patients with stroke (Wilai Surasakorn, 2009).

The last factor related to stress among family caregivers providing home-based care for patients with stroke is social support from families, which was an exosystem factor according to the Ecological System Theory of Bronfenbrenner (2005) reflecting that, in addition to microsystem and mesosystem factors, exosystem factors are also related to the stress of family caregivers. Family caregivers received the most social support from families as persons living in the same home as family caregivers. Family caregivers with high levels of social support from families will have low levels of stress in providing home-based care for patients with stroke because family caregivers receive social support directly from family caregivers on topics of support in terms of information, recommendations, encouragement, finances and daily activities, all of which push for family caregivers to be able to care for patients with stroke at home with confidence and no stress. Recommendations, encouragement, expressions of concern and dependence on one another caused family caregivers to have emotional security, ability to solve problems and encouragement in combating obstacles and reducing stress in family caregivers of cerebrovascular disease patients at home (Kannika Konghom and colleagues, 2005). The above mentioned finding concurs with the findings of a study finding family caregiver samples to have the highest level of mean social support from families ($\bar{x} = 13.76$,

S.D. = 4.49) (Table 4.8) because families are an official form of social support as a group providing the most encouragement, consultation and emotional intimacy (Kannika Konghom, 2003). Hence, family caregivers receive the most social support from families, which concurs with previous studies finding the highest source of social support for caregivers of patients with stroke to come from family members/relatives, followed by neighbors/colleagues and healthcare personnel, respectively (Tanyaporn Daonopkao, 2004).

When considered in terms of an aggregate perspective, social support for most family caregivers who care for patients with stroke at home has been found to be at a moderate level (Table 4.7) because the samples had the illness for a mean period of five to six years with the shortest duration of two months and the longest duration of fifty-six years (Table 4.3). Long-term illnesses were found to reduce social support, especially support in terms of equipment and expenses, including news and information (Sit et al., 2004). Nevertheless, the findings of this study concur with findings of previous studies which found emotional social support and caregiver education to be related to stress in caregivers of patients with stroke (Ostwald et al., 2009). Social support was found to be negatively related to stress in family caregivers of brain trauma patients (Siriluck Kaewsriwong, 2006) and social support was found to be negatively related to stress in caregivers of children with violent emotions (McDonald et al., 1996). Family caregivers with high levels of social support will have low levels of stress in providing care for cerebrovascular disease patients at home. Social support will help family caregivers have positive behavioral modification and avoid or manage stress with feelings of pride and ability to control their own lives by reducing, managing or preventing stress (Ganster & Victor, 1988; cited in Panyarat Lapapongpattana, 2009). In terms of social support in hospitals, family caregivers may receive social support from medical personnel and families.

The factors not related to stress in family caregivers of patients with stroke comprised gender, age, education, family income and beliefs concerning merits and sin. This finding may be explained in that most of the family caregivers were females (Table 4.1) responsible for taking care of their homes and family members in compliance with the values of Thai culture and social grooming of Thai culture which designates gender roles and uses gender roles to stipulate the roles and duties of a

person (Porntip Keyuranon, 2009). Furthermore, the family caregivers in this study were aged forty-one to sixty years (Table 4.1) and were adults with higher ages, thereby meaning family caregivers had more maturity and were able to confront stress using proper methods (Supaporn Jongprakobkit, 2008) because adulthood is an age with full growth and maturity (Wari Rakiti, 2009). Therefore, the adult females already had duties in caring for homes and family members. Family caregivers received elementary educational attainments (Table 4.1), which is mandatory, and the educational attainments of most community members with mean monthly family incomes of less than 5,000 baht (Table 4.5), possibly because the families of most family caregivers had agricultural occupations in rice farming, resulted in low incomes and sustainable lifestyles. Hence, there was no trouble regarding expenses and relations with Thai culture which divides roles and responsibilities in caring for patients. Family caregivers also have care expense burdens relieved from secondary family caregivers. Hence, this factor is unrelated to stress in providing home-based care for patients with stroke. Family caregivers providing home-based care for patients with stroke in urban communities differ in that home-based family caregivers are adult females with elementary educational attainment while family caregivers in urban communities are also adult females, but with bachelor's degree or higher educational attainments (Waraporn Jitaranon, 2004).

Nearly every family caregiver had high beliefs concerning merits and sin (Table 4.7). Thus, the family caregiver samples were homogeneous because Thai society adheres to Buddhist teachings (Nattiya Prombut, 2002). When family members are sick, family members perceive duties in providing care. Society, tradition and culture stipulates various roles of family caregivers (Sasitorn Changsuwan, 2003) with values and beliefs for repaying parents, which is a duty and responsibility good caregivers should already be providing for benefactors (Kespichayawattana, 1999). Therefore, this factor has not been found to be related to stress from care and the aforementioned factor may not be directly related to the stress of family caregivers at home.

Recommendations

Nursing Practice

1. Community nurse practitioners should thoroughly assess the factors correlated with the stress of family caregivers, establishing home-based projects/activities for primary care among family caregivers by taking into account the interactions among the personal, familial, social and cultural factors occurring with family caregivers of patients with stroke. Training should also be arranged for the development of professional nurses with ability in meeting needs with skill in the care of patients to ensure the health of family caregivers receives continual care.

2. Community nurse practitioners should develop guidelines for the home-based care of patients with stroke by family caregivers with emphasis on resolving the problem of stress stemming from the provision of care of patients by taking into account having family caregivers perceive self capacity, building capacity in performing the patients' activities of daily living, rehabilitating patients toward performing self care with less dependence on family caregivers, building social support, especially in groups of family members, including the promotion of good family relationships.

Nursing Research

1. Studies should be conducted on the factors influencing the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke with the creation or design of a program to help relieve stress in family caregivers required to provide home-based care for patients in line with the contexts of the family caregivers.

2. Studies should be conducted on the broad cultural factors, such as attitudes in showing gratitude to parents, instilling values about roles and duties or belief in karma, etc. in order to make other factors correlated with the additional stress occurring at home visible.

3. Studies should be conducted to compare the stress of family caregivers providing care for patients with stroke in rural and urban communities or studies comparing the activities involved in care provision with the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke.

4. Qualitative studies should be conducted with the aim of gaining in-depth understanding about the experienced involved with the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke.

5. Studies should be conducted on the correlations between the stroke scale with the stress of family caregivers providing home-based care for patients with stroke.

Nursing Education

Nursing education curriculum should contain additional content concerning family caregivers and the stress occurring with family caregivers of patients with stroke with the formation of awareness among nursing students in giving holistic importance to family caregivers, patients and families concerning physical, mental, social, emotional and spiritual aspects with consideration for factors at personal, interpersonal, social, community and cultural factors in concurrence with the roles of family caregivers, patients and families.

รายการอ้างอิง

- กรรณิกา คงหอม. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 17(3), 61-74.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553: Public Health Statistic 2010. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองคาโรติดีบตัน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กิตติมา รวีแดง. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศาสตร์การพัฒนากุมาร (สาธารณสุขชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- ขนิษฐา วิเศษเจริญ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในเขตจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คนองนิช ไชยวุฒิ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-153.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา. (2554). สุขภาพจิต (Mental Health). (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: นาสิลป์โฆษณา.
- จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซต.
- ชลิดา โสภิตภักดี. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นาน้ำกการพิมพ์.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(1), 28-39.
- ชุดิมา มาตยมูล. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คุณิต จันทยานนท์และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 1(1), 58-65.
- ทัศนีย์ ประสพภักดีคุณ, ฟองคำ ดิลกสกุลชัยและณณมล วิปุลโร. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 28(1), 19-27
- ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรภัทร์ นาจิต. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นงลักษณ์ เต็งประวดี. (2551). ผู้ป่วยงา กรณีศึกษา: ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 23(3), 681-688.

- นันทพร เจริญผล. (2548). การศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นาฏยพรรณ ภิญโญ. (2545). ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชชีมา ศรีจำนงค์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2551). ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแล: กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรนภา วงศ์กัน. (2552). การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการพูดจากการสื่อสารของพยาบาลและผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2553). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญรัตน์ เพิกเดช. (2545). การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสารและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปัญญารัตน์ ถาวงศ์วัฒนา. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- ปิตินันท์ บุรณภาพ. (2552). คู่มือดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ยูโรปารีส.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรชัย จุลเมตต์และและยุพิน ถนัดวนิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 32-46
- พรชัย จุลเมตต์และและยุพิน ถนัดวนิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- พราราม สอนจันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจฐานะ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- พระมหามนตรี หลินภู. (2551). การศึกษาความเครียดและการลดความเครียดที่มีต่อการใช้ชีวิตภายในเรือนจำของผู้ต้องขัง โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจสี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรภรณ์ วิริยเวชกุล. (2552). โรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลอุ้มทอง. วารสารโรงพยาบาลชัยนาท, 13(28), 2-10.
- ภคมน อุทัยกฐ. (2553). สถานการณ์การบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยก่อนเรียนที่อ้วนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภรภัทร อิมโธฐ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, มณี อาภานันท์กุล, สุปรีดา มั่นคง, ศุภร วงศ์พัฒน, สมทรง จุไรทัศน์ย์, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, วรณภา ประไพพานิชและสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2554). คู่มือการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : จุฑทอง.
- โรงพยาบาลสุรินทร์. (2555). ข้อมูลผู้ป่วย Stroke 2554. สุรินทร์ : โรงพยาบาลสุรินทร์.
- ลักขณา บึงมม. (2552). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ:ปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- วารี ระกิติ. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นำงการพิมพ์.
- วรรณดี แจ่มสว่างศรี. (2553). กรณีศึกษา : การบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ มีสุข. (2548). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราลักษณ์ ทองใบปราชญ์และคณะ. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบล อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(1), 72-84.

- วัลย์ธดา ฉันทะเรืองวณิชย์. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : ไออกรูป เพรส.
- วชิราภรณ์ โนราช. (2547). ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกายจิตและสังคมจากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไล สุรสาคร. (2547). การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2546). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ อนันตโท. (2549). การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: มิติทางสัญลักษณ์นิยม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภา พริ้วตะคุ. (2549). เปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2552). *รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง*. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ อังสุภาสกร. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติจังหวัดสุรินทร์. (2555). *รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2555 : Provincial statistic report: 2012*. สุรินทร์. ส.พันธ์เพ็ญ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2556 จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563*. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2552*. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข 2553*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข ; 2554
- สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2551). *จิตวิทยาสุขภาพ: Health Psychology*. (พิมพ์ครั้งที่1). นครปฐม : มูลนิธิมหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. (พิมพ์ครั้งที่10). กรุงเทพฯ : วิเจพรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราประสาทจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2540). *ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชคและกฤษฎิ์ โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52
- อรอนงค์ กุลธรงค์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนินและคลวิวัฒน์ แสนโสม. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. (พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552). *การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อชิฐฐาน ชินสุวรรณ. (2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรกที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาทร ริวไพบูลย์, กันยารัตน์ ปนสูงเนิน, วัชราริวไพบูลย์. (2550). *โครงการต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครและจังหวัดบุรีรัมย์*. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย.
- อรุณี ศิริกังวาลกุล. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- อิสรพงษ์ ธรรมง. (2546). *ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 13(2), 63-69.
- อัมพรพรรณ ชีรานุช. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- Anderson, S. (2010). *Community living after stroke: An ecological model*. Master of Science, University of Alberta, Alberta.

- Bandura, A. (1977). Social learning theory. New Jersey : Prentice Hall.
- Mausbach, B.T., Chattillion, E.A., Moore, R.C., Roepke, S.K., Depp, C.A., & Roesch, S. (2011). Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*. 31, 900-908.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making human beings human bioecological perspectives on human development. United states of America. Sage.
- Cameron, J.I., Cheung, A.M., Streiner, D.L., Coyte, P.C. & Stewart, D.E. (2011). Stroke survivor depressive symptoms are associated with family caregiver depression during the first 2 years poststroke. *Journal of the American Heart Association*., 42, 302-306.
- Carcone, A. I. (2010). *A social ecological perspective on diabetes care: supporting adolescents and caregiver*. Wayne State University, Michigan.
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Fonareva,I., Amen, A. M., Ellingson, R. M., & Oken, B. S. (2012). Differences in stress-related ratings between research center and home environments in dementia caregivers using ecological momentary assessment. *International Psychogeriatrics*, 24(1). 90-98.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *annual review of gerontology & Geriatrics*, 5. 194-246.
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1). 27-32.
- Keller, C.S. (2008). *The relationship among cultural practices, coping, coping skill and caregiver stress*. Master of social work, California state University, California.
- Kespichayawattana, J. (1999). *"Katanyu Katavedi" and caregiving for frail elderly parents : The perspectives of thai families in metropolitan bangkok, Thailand*. Doctoral of Philosophy, Oregon Health Sciences University, Oregon.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress ,Appraisal and Coping* . New York: Springer.
- Lee, H. S., Kim, D. K., & Kim, J.H. (2006). Stress in caregivers of demented people in korea a modification of pearlman and colleagues' stress model. *Int J Geriatr Psychiatry*., 21(8), 784-791.

- Lui, H. M., Lee, T.D., Greenwood, N., & Ross, M.F. (2011). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 232-242.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- McDonald, T.P., Poertner, J., & Pierpont, J. (1996). Predicting caregiver stress: an ecological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, -
- Munro, B. H. (2001). Statistical method for health research. (4th ed.). New York: Lippincott.
- Okoye, U. O. (2011). Caregiving and stress: experience of people taking care of elderly relations in south-eastern nigeria. *Arts and Social Science Journal*, 1-9.
- Ostwald, S.K.(2006). The caregiver in dementia. In S.M. Lobaprabhu, V. Molinari, & J.W. Lomax (Eds) *Supporting the caregiver in dementia: A guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ostwald, K. O., Bernal, M. P., Cron, S. G., & Godwin, K. M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*, 16(2). 1-18.
- Rosdahl, C.B. (2012). *Textbook of basic nursing*. (10th ed.). Walters, KH: Lippincott Williams & Wilkins.
- Secrest, J. (2000). Transformation of the relationship: the experience of primary support persons of the stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*. 25, 93-99
- Sit, W.J., Wong, K.T., Clinton, M., Li, S.L., & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home: the impact social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (8th ed.). Mosby: St.Louis.
- Thomas, P., et al. (1996). Predicting caregiver stress: an ecological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Tsai, P.F., & Jirovec, M. M. (2005). The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nursing*, 4(3). 1-10

Wilder, A. R. (2009). *Ecological systems theory as Applied to family caregivers of aging adults*.

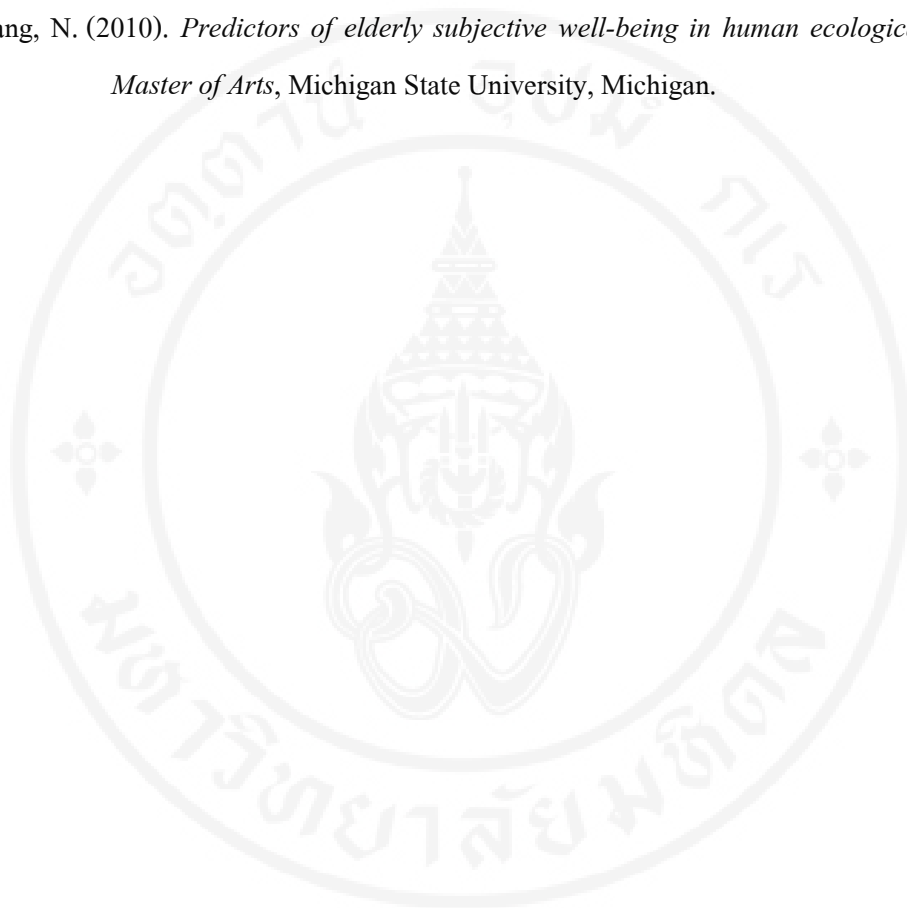
University of Texas at Arlington, Texas.

World Health Organization. (2011). *World health statistics* : WHO. Retrieved May 15, 2012, from

World Health Organization Web site : www.who.int/topics/cerebrovascular-accident.

Zhang, N. (2010). *Predictors of elderly subjective well-being in human ecological perspective*.

Master of Arts, Michigan State University, Michigan.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์

อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ชูหิรัญย์ ดีเสมอ

อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๓๓
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๓๖๕

ชื่อโครงการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๕-๕๕-๐๔ ข

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวภาวิณี พรหมบุตร

สถานศึกษา

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๐ กันยายน ๒๕๕๕

Copyright by Mahidol University



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๓๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2012/369

Title of Project	Factors Related to Stress of Family Caregiver of Patients with Stroke at Home
Protocol Number	ID 09-55-04
Principal Investigator	Miss. Pavinee Prombut
Education Address	Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

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	September 20, 2012
-------------------------	--------------------

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภาวิณี พรหมบุตร

สถานที่วิจัย บ้านพักญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย

นางสาวภาวิณี พรหมบุตร โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เบอร์โทรศัพท์ 084-4299392

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 ของโรควิถีชีวิต ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการรักษาคือความพิการ โดยร้อยละ 15 ของผู้ป่วยต้องเสียชีวิตลงและอีกร้อยละ 85 ยังมีชีวิตรอด แต่การมีชีวิตรอดนั้นมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 42.5 ที่มีความพิการติดตัวตลอดชีวิต ความพิการกลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติในระยะยาว ภาระหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นเป็นของครอบครัว การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่บ้านนั้น ผู้ป่วยมีความพิการและช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาการและอาการแสดงของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่วิกฤติ มีความเรื้อรัง เพื่อ

คุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ครอบครัวมอบหมายให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่หลัก ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบดังกล่าวเกิดจากกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปริมาณงานที่มากและยุ่งยากซับซ้อน สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นสถานการณ์ที่สำคัญที่พบได้ที่บ้านและเป็นแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรงของญาติผู้ดูแล

ความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่มญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลที่เกิดภาวะเครียดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล ระหว่างบุคคลอาจไม่ครอบคลุมสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น และไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บ้านของญาติผู้ดูแล การแก้ไขปัญหาคือความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในฐานะผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพของประชาชนทุกคนในชุมชน ทั้งระดับครอบครัวและบุคคล จึงต้องทราบถึงสาเหตุที่สัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว จึงจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลได้ สามารถวางแผนในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อลดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพพอเพียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย จึงจะสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 ที่ต้องการก้าวสู่วิถีชีวิตที่พอเพียง สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมสุขภาวะ ภายใต้งานอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่สามารถให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัย ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามงานวิจัย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับสิ่งตอบแทนเป็นของชำร่วยตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน ท่านอาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงแต่ข้อมูลที่ได้จากท่านจะทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมลดหรือป้องกันความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิในการได้รับปกปิดชื่อและข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อ และเก็บข้อมูลในซองที่ปิดผนึก ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับนำมาเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 0-2201-1544



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภาวิณี พรหมบุตร

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย* อายุ.....ปี

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือ

ยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลาย

นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ภาคผนวก ง
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์งานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
(FACTORS RELATED TO STRESS OF FAMILY CAREGIVER OF PATIENTS WITH
STROKE AT HOME)

คำชี้แจง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 9 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันญาติผู้ดูแลอายุ.....ปี
2. เพศ () หญิง () ชาย
3. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ระบุ
5. รายได้ของญาติผู้ดูแลต่อเดือน () ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท () 15,001 – 20,000 บาท
() 20,001 ขึ้นไป
6. อาชีพปัจจุบัน () เกษตรกรรม () รับราชการ
() รับจ้าง () ค้าขาย
() อื่นๆ ระบุ.....
7. สถานภาพ () โสด () สมรส/คู่
() หม้าย () หย่า
() แยก () อื่นๆระบุ.....
8. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย () สามี () ภรรยา
() บิดา () มารดา
() บุตรชาย () บุตรสาว
() บุตรเขย () บุตรสะใภ้
() อื่นๆ ระบุ.....
10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....คน (รวมผู้ป่วย)
12. รายได้ของครอบครัว บาท/เดือน
13. จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย
() ไม่มี () มี ระบุจำนวน.....คน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
2. ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ.....ปี
3. เพศ () หญิง () ชาย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ระบุ
5. อาชีพก่อนเจ็บป่วย () เกษตรกรรม () รับราชการ
() รับจ้าง () ค้าขาย
() อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานภาพ () โสด () สมรส/คู่
() หม้าย () หย่า
() แยก () อื่นๆระบุ.....
7. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงมั่นใจในความสามารถของท่านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มั่นใจมาก	หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมาก
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยปานกลาง
มั่นใจน้อย	หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยน้อย
ไม่มั่นใจ	หมายถึง ท่านไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ข้อความ	มั่นใจ มาก (3)	มั่นใจ ปาน กลาง (2)	มั่นใจ น้อย (1)	ไม่ มั่นใจ (0)
1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย				
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี				
3. ท่านคิดว่าท่านสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้				
4.				
5.				
6.				
9.				
10. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โปรดทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

1. การรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากเองได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 คะแนน หมายถึง ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น การใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 คะแนน หมายถึง ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน หมายถึง ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลและครอบครัว โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประจำ หมายถึง ท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง
 บางครั้ง หมายถึง ท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงบางครั้ง
 นานๆครั้ง หมายถึง ท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงนานๆครั้ง
 ไม่เคยเลย หมายถึง ท่าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีไม่เคยมีความสัมพันธ์ดังกล่าวเลย

ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
	ประจำ (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บาง ครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่เคย เลย (0)
1. ท่าน ครอบครัวและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน					
2. ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำของท่านและครอบครัว					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. ท่าน ครอบครัวและผู้ป่วยมักจะทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน					
9.					
18.					
19.					
20.					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสังคมและชุมชนจำนวน 3 กลุ่มคือกลุ่ม (ก) กลุ่มสมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง กลุ่ม(ข) เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและกลุ่ม (ค) แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ได้ให้แรงสนับสนุนแก่ท่าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

(ก) ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ กลุ่มสมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่ได้เลย (0)
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข					
3.....					
4.....					
5.....					

(ข) ท่านได้รับจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อความ	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่ได้เลย (0)
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข					
3.....					
4.....					
5.....					

(ค) ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ข้อความ	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่ได้เลย (0)
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข้อซัก					
3.....					
4.....					
5.....					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆที่อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่บ้าน ให้ท่านพิจารณาโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายสถานการณ์ที่ท่านได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย กรณีที่ท่านได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์ใดก็ตามให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความเครียดที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดมากที่สุด
มาก	หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดมาก
ปานกลาง	หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดเล็กน้อย
ไม่เลย	หมายถึง ไม่มีสถานการณ์การให้การช่วยเหลือหรือดูแลนั้นหรือให้การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย

สถานการณ์การให้การช่วยเหลือดูแล	การดูแล		ระดับความเครียด				
	ดูแล (1)	ไม่ได้ดูแล (0)	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่เลย (0)
ด้านร่างกาย							
1.การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม							
2.....							
3.....							
4.....							
7.การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การพุงเดิน การใช้รถเข็นนั่ง							
34.....							

ท่านมีความเครียดจากการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆอีกหรือไม่

() ไม่มี () มี ถ้ามีโปรดระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและระดับของความเครียด

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับบาปบุญ การทำความดีละเว้นความชั่ว โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	น้อยที่สุด (0)
1. คนที่มีเมตตากรุณาต่อผู้อื่น จะมีอายุยืน					
2.					
9. การประพฤติผิดศีล 5 จะเป็นบาปติดตัว					
10. คนที่ทำให้พ่อแม่เสียใจย่อมเป็นบาป					
11. คนที่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิตย่อมเป็นบาป					
12.					
13.					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ/นามสกุล	นางสาวภาวิณี พรหมบุตร
วัน เดือน ปี เกิด	14 สิงหาคม พ.ศ. 2528
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554-2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (เวชปฏิบัติชุมชน)
ที่อยู่ปัจจุบัน	97/17 ถ.สุรินทร์รักษ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.สุรินทร์ 32000
E – mail address	Funxtra@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ(อาจารย์พยาบาล) พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์