

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รัชนิพร ภัทรปกรณ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รศ.ดร. รัชฎาภรณ์

นางรัชฎาภรณ์ ภัทรปกรณ์

ผู้วิจัย

ดร. รศ.ดร.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จจิต เสน่หา,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร. นิตะนันท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยังชัย นิตะนันท์,

พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. รศ.ดร.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neurosciences)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. นิตะนันท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. รศ.ดร.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จจิต เสน่หา,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556

.....
ธัญพร ภัทรปกรณ์

นางธัญพร ภัทรปกรณ์

ผู้วิจัย

.....
อนุช วัฒนวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อนงา ปิ่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จจิต เสนหา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อัครพร งามอุดมทรัพย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neurosciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
พวงคำ พลอย

รองศาสตราจารย์พวงคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อนุช วัฒนวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัย นิละนนท์,

พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อนุช วัฒนวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นรลักษณ์ เอื้อกิจ,

ปร.ค. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อนุช วัฒนวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนให้ความสนใจใส่และกำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ยงชัย นิละนนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่า ขอบพระคุณญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เต็มใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยและสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอบพระคุณ หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล ที่ได้อนุญาติให้ศึกษาต่อและให้ทุนสนับสนุน และผู้ร่วมงานทุกท่านที่โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลที่ให้โอกาส ให้กำลังใจ ผู้วิจัยในการศึกษาต่อครั้งนี้ พี่ๆน้องๆที่เป็นกัลยาณมิตรร่วมสถาบัน โดยเฉพาะรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาศัลยกรรม 53 ที่เป็นกำลังใจ และทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ที่ดีในช่วงระยะเวลาที่ได้ศึกษาร่วมกัน

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งมาตลอด คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์และทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี

รัชนิพร ภัทรปกรณ

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

THE INFLUENCE OF ANXIETY, PERCEIVED HEALTH STATUS AND SOCIAL SUPPORT ON SELF-CARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

รัชนิพร ภัทรปกรณ์ 5337936 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จงจิต เสน่หา, Ph.D. (NURSING), วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช, Ph.D. (NEUROSCIENCES), ชงชัย นิละนนท์, พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 78 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2555 – มกราคม 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวล (State anxiety : form Y-1) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีอายุเฉลี่ย 51.69 ปี มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 57.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.8 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.7 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 40.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = .407$, $p < .001$) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ($\beta = .382$, $p < .01$) รองลงมาคือความวิตกกังวล ($\beta = -.234$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .208$, $p < .05$)

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล รวมทั้งสนับสนุนทางด้านข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับตัวผู้ดูแลเองด้วย ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล / การรับรู้ภาวะสุขภาพ / การสนับสนุนทางสังคม / พฤติกรรมการดูแลตนเอง / ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

THE INFLUENCE OF ANXIETY, PERCEIVED HEALTH STATUS AND SOCIAL SUPPORT ON SELF-CARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

RACHANEEPORN PATTHARAPAKORN 5337936 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHONGJIT SANEHA, Ph.D.
(NURSING), WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D. (NEUROSCIENCES),
YONGCHAI NILANONT, M.D.

ABSTRACT

This research aimed to study the influence of anxiety, perceived health status and social support on the self-care behaviors of caregivers of stroke patients. The conceptual framework of Orem's Self-Care Theory was used to guide this study. The sample comprised seventy-eight primary family caregivers of stroke patients who had provided care for patients at least one month at the outpatient department of Siriraj Hospital during November 2012 – January 2013. Data were collected by using questionnaires about personal information, anxiety (State Anxiety: Form Y-1), perceived health status, perceived social support and self-care behaviors of caregivers of stroke patients. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

According to the findings, most of the samples were females (85.9%) with a mean 51.69 years of age. Most of the sample had mild anxiety (57.7%), good perceived health status (71.8%), moderate social support (60.3%) and good self-care behaviors (89.7%). Multiple regression showed that anxiety, perceived health status, perceived social support explained 40.7% of variance in self-care behaviors of stroke patients caregivers ($R^2 = .407$, $p < .001$). Perceived health status was found to be most capable of predicting the self-care behaviors of stroke patients caregivers. ($\beta = .382$, $p < .01$), followed by anxiety ($\beta = -.234$, $p < .05$) and social support ($\beta = .208$, $p < .05$)

From the result, the researcher recommends that nurses and health care team should promote perceived health status, develop guidelines to reduce anxiety and provide additional information support for caregivers in order to increase self-care behaviors of stroke patients caregivers.

KEY WORDS: ANXIETY / PERCEIVED HEALTH STATUS / SOCIAL SUPPORT /
SELF-CARE BEHAVIORS / CAREGIVERS OF
CEREBROVASCULAR DISEASE PATIENTS

156 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	10
บทที่ 2	11
การทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	13
2.1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	13
2.1.2 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง	13
2.1.3 ผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	14
2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	16
2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล	16
2.2.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล	17
2.2.3 หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	18
2.2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	22
2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	22
2.3.2 ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด	23
2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	24
2.3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	25
2.3.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด	26
2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	28
2.4.1 ความวิตกกังวล	29
2.4.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล	29
2.4.1.2 ระดับความวิตกกังวล	29
2.4.1.3 ประเภทของความวิตกกังวล	30
2.4.1.4 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	31
2.4.1.5 การประเมินความวิตกกังวล	32
2.4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ	33
2.4.2.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ	33
2.4.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	34
2.4.2.3 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	35
2.4.3 การสนับสนุนทางสังคม	36
2.4.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	36
2.4.3.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม	37
2.4.3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	39
2.4.3.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม	40
2.5 สรุป	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
	แหล่งเก็บข้อมูล
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
	การวิเคราะห์ข้อมูล
บทที่ 4	ผลการวิจัย
บทที่ 5	การอภิปรายผล
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
	สรุปผลการวิจัย
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	100
รายการอ้างอิง	114
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก	รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
ภาคผนวก ข	การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ภาคผนวก ค	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ภาคผนวก ง	หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
ภาคผนวก จ	เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ
ภาคผนวก ฉ	เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ภาคผนวก ช	ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ
ภาคผนวก ฌ	การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร
ประวัติผู้วิจัย	156

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	58
4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	61
4.3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	63
4.4 ช่วงคะแนน จำนวนคน และร้อยละของระดับความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	68
4.5 คะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	70
4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	72
4.7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียวของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	73
4.8 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	73
1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	150
2 ร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน	151
3 ร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ	152
4 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ	154

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
1 แผนภาพกระจาย	147
2 ฮิสโตแกรมและกราฟกระจายโค้งปกติ	148
3 Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual	149

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544 – 2553 พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 115.33 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2544 เป็น 307.93 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ.2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) แต่ด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลมีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ถึงกระนั้นผลกระทบจากการเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดความพิการกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 (Teel, Duncan & Lai, 2001) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551; Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis & Chadwick, 2002)

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานหนักและยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งยังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินการในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลระดับประคับประคองจิตใจ การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และการติดตามผลการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นระยะๆ (อริญญา ไพรวัลย์, 2551) ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาและพลังงานมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ทำ ทำให้บทบาทหน้าที่และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Enterlante & Kern, 1995) ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การทำงาน การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว (พารุณี เกตุกราย, 2550) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) ผลกระทบทางร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพภายหลังเป็นผู้ดูแล (Meesuk, 2005; Srithares, 2003) โดยมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 21

และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 57 (Meesuk, 2005) และจากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย ทำให้มีอาการปวดหลัง ปวดเอว (จินตนา สมนึก, 2540; สุธศิริ หิรัญขุนนะ, 2541) อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดข้อ นอนไม่หลับ (White, Mayo, Hanley & Wood-Dauphinee, 2003) น้ำหนักลด (Natechang, 2002) ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 49.1 ของผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต (วารกรณ์ จิรานนท, 2547) ร้อยละ 41.1 มีภาวะซึมเศร้า (Suh, et al, 2005) อีกทั้งเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด หงุดหงิด สับสน และวิตกกังวล (Sit, Wong, Clinton, Li & Fong, 2004) ซึ่งความวิตกกังวลอาจเนื่องมาจาก กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการดูแล เพราะนอกจากโรคหลอดเลือดสมองแล้วผู้ป่วยยังมีโรคประจำตัวและความพิการอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลยาวนาน รวมทั้งกิจกรรมในการดูแลที่หลากหลาย (ธัญญาภรณ์ คานพแก้ว, 2547) การที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ (จินตนา สมนึก, 2540) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม พบว่า ผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ การเงินของครอบครัวตามมา (ศิริพันธ์ สาสัดย์, 2551) อีกทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล (สุทธศิริ หิรัญขุนนะ, 2541) มีเวลาส่วนตัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (พารณี เกตุกราย, 2550)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสภาพเป็น Hidden patient (Farren, Loukissa, Perraud & Paun, 2004; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลจะมีสุขภาพที่ดีมาน้อยเพียงใด ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือผู้ดูแลจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและถูกต้อง Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาของ สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ (2541) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เนื่องจากต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย (สุทธศิริ หิรัญขุนนะ, 2541) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี จะสามารถทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี (พราราม สวนจันทร์, 2550)

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองโดยสอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน แต่จากการะและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลงในแต่ละวัน หรือลืมที่

จะสนใจตนเอง (สุคติศรี หิรัญขุนนะ, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับน้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (นันทพร ศรีน้อม, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; Natechang, 2002) และไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) นอกจากนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่าการดูแลตนเองของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (พารุณี เกตุกราย, 2550) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะดูแลตนเองได้นั้น มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาในผู้ดูแลส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลักษณะต่างๆ เช่น ความเครียดในบทบาท (Natechang, 2002) การเผชิญความเครียด (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ภาระการดูแลของผู้ดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540; พารุณี เกตุกราย, 2550) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Meesuk, 2005; พรารวมสวนจันทร์, 2550) เป็นต้น การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำกัด ส่วนใหญ่พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นการศึกษาในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ซึ่งบริบทของผู้ดูแลจะแตกต่างจากผู้ป่วยคือ ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบต่างๆ แล้วจึงต้องดูแลตนเองไปพร้อมกัน อีกทั้งยังมีการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลในกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Connell, 1994) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Tang & Chen, 2002) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสูงอายุ (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ทิววรรณ เกื้อนยัง, 2554) การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆดังกล่าว ได้แก่ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลมากเกินไปจะมีผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลขาดความรู้ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตนเองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Chow, Wong และ Poon (2007) ที่ทำการศึกษา

เปรียบเทียบภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทอื่นๆ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ($p < 0.001$) และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นหลังจากการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือน (Wade, Legh-Smith, Hewer & Skillbeck, 1986) นอกจากนี้มีการศึกษาความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง (Shewchuk, Richards, & Elliott, 1998) พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่ออาการทางกายภาพของผู้ดูแลและเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงอาการทางด้านร่างกายในระยะแรกของผู้ดูแล และการศึกษาของ Connell (1994) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นความวิตกกังวลจึงอาจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึนึกคิดและความเข้าใจหรือความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะร่างกาย จำเป็นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างถูกต้องเสียก่อน เพื่อที่จะคาดการณ์เหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม的自我ดูแลตนเองด้วยความรับผิดชอบและต่อเนื่อง (Orem, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Tang & Chen, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (อัมพร จันทร์ตา, 2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกระทำบทบาททั้งในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองไปพร้อมๆ กันนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ทิววรรณ เกื้อนยัง, 2554; Tang & Chen, 2002) คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Gallant & Connell,

1997) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ อินทुकานต์ กุลไวย (2552) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอต่อความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีตามมา และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำกัด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และอาจเป็นปัจจัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

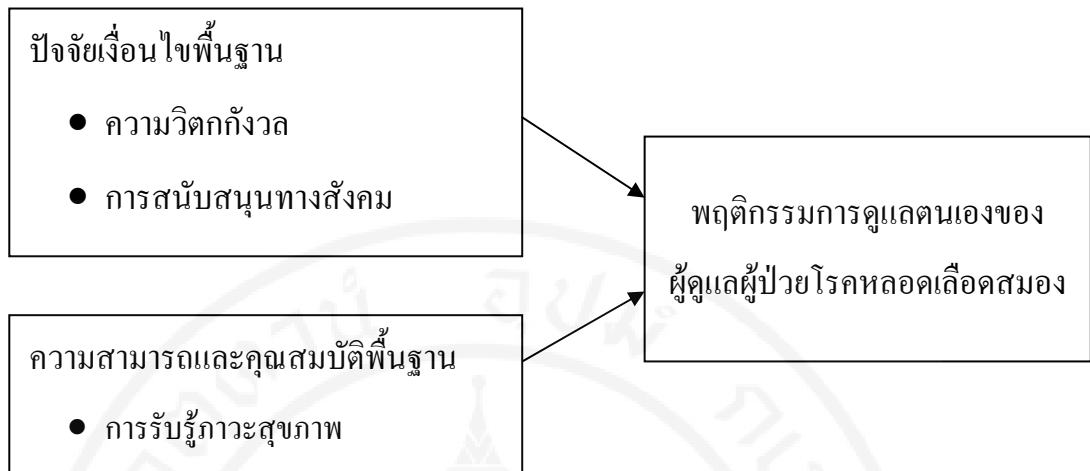
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem's self care theory) (Orem, 1995; Orem, Taylor & Renpenning, 2001) เป็นกรอบแนวคิด โดย Orem กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจ (Deliberate and goal oriented action) เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม และขนบธรรมเนียม ประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ในการดูแลตนเองบุคคลต้องทราบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ก่อนที่จะลงมือกระทำ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites), 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ และบุคคลที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้นั้น ต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถที่จะรับรู้และความสามารถที่จะกระทำและคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความสามารถระดับที่ 2 คือ พลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเอง (Ten Power Components) ถือเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้เพื่อที่จะนำไปสู่การกระทำหรือโครงสร้างระดับที่ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานต่างๆ (Basic conditioning factors) ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของบุคคล ภาวะสุขภาพ สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ทำให้บุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Orem, 1995; Orem, et al., 2001)

ในการศึกษานี้ปัจจัยที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ผู้ดูแลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งการที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and disposition) ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลมีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่ความตระหนักและเห็นความสำคัญในสิ่งที่บุคคลได้รับรู้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกิดขึ้น ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประเมินภาวะสุขภาพ ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Orem, 1991) นอกจากนี้ Orem ให้คำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ที่จะ มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลถือเป็นภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ การจดจำ ทำให้มีผลกระทบต่อโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับที่กล่าวข้างต้น ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ประยุกต์ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, et al., 2001)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation predictive studies) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และนำผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาศึกษาดังแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2556

นิยามตัวแปร

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจ และมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งความผาสุกและสุขภาพของตน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Orem, et al, 2001) ในที่นี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ประเมินโดยใช้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลของ พารุณี เกตุกราย (2550) ที่สร้างขึ้นโดยอิงกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (Orem, 2001) มีจำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์หรือไม่สุขสบายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากความหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ หรือหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่กำลังจะเกิดขึ้น เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ต่างๆ ว่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตน สภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดการณ์ (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety : From Y-I) ที่สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1970) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยที่ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดยสุทิศา เรืองรัมย์ (2554) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงภาวะสุขภาพของตนเองในช่วงระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (Rojpaisarnkit, 2001) ที่พัฒนาเครื่องมือ แบบวัดภาวะสุขภาพของคนอเมริกา Health Perception Battery ของ Brook และคณะ (1979) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความสนใจสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับคำชี้แนะในการกระทำต่างๆ ได้รับข้อมูลข่าวสาร และวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) โดยอิงแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (House, 1981 cite in House, & Kahn, 1985) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหรือทำวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 ผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล

2.2.3 หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.3.2 ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด

2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

2.3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.1 ความวิตกกังวล

2.4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.4.3 การสนับสนุนทางสังคม

2.5 สรุป

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease / Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองมีการตีบ ตัน แตก ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองตาย สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ โดยแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; American Heart Association, 2006; WHO, 2001)

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดได้ 2 กลุ่มใหญ่ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (ischemic stroke) ร้อยละ 60-80 พบว่าเป็นภาวะที่เลือดไปเลี้ยงสมองถูกปิดกั้น แบ่งออกเป็น

1.1 หลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) พบร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็งตัวจากการที่มีไขมันและเกล็ดแคลเซียมเข้าไปเกาะในผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดตีบแคบเป็นผลให้สมองขาดเลือด

1.2 หลอดเลือดสมองอุดตัน (embolic stroke) พบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเอมโบลัสที่มีขนาดเล็กจากภายในหัวใจ จากลิ้นหัวใจ หรือจากเส้นเลือดใหญ่ภายนอกสมองลอยเข้าไปอุดตันเส้นเลือดในสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

ซึ่งเมื่อหลอดเลือดสมองตีบหรือถูกอุดตันจะทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และหากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างมากจะเริ่มมีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ในเซลล์สมอง เซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวรหรือเกิดการตายของเนื้อสมอง

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) แบ่งออกเป็น

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดงในสมองแตก เลือดที่ออกจะแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบๆบวมจนกดสมองบริเวณข้างเคียง ทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้น มีการเลื่อนของเนื้อสมองจากแนวกลางและเคลื่อนลงมากดก้านสมอง กดศูนย์ควบคุมการหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใต้แอระนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 5 เกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (Aneurysm) ที่อยู่ใกล้กับชั้นใต้แอระนอยด์ เลือดที่ออกอาจกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดง เป็นผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและดำในสมอง (Arteriovenous malformation: AVM)

2.2.2 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Watson & Quinn, 1998) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1- 14 วัน โดยส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะมีอาการอัมพาตเกิดขึ้นทันที อาจจะไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนแรง ระยะนี้หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะมีโอกาสรอดชีวิตต่ำด้วย ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะนี้ คือ การหมดสติ การทำงานของหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. ระยะหลังเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ เป็นช่วงหลังจากมีอาการเจ็บป่วย 48 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้น โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ความดันโลหิตผิดปกติ หากความดันโลหิตสูงไม่ควรเกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ระยะนี้ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การพูด การกลืน อาจเกิดปอดอักเสบและขาดสารอาหารจากการที่มีปัญหาการกลืน (Phipps, 1991)
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ และช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อการพึ่งตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกที่เริ่มมีความพิการอยู่ และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องจะช่วยทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การพูด การทำงานของระบบประสาท ในระยะนี้อาจมีระยะเวลาประมาณ 4-6 เดือน หรืออาจถึง 1 ปี (จัญญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542)

2.2.3 ผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น (reflex) มีการเปลี่ยนแปลงไป และพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมีปัญหาร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) เกิดข้อติดแข็ง และกล้ามเนื้อลึบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด เป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าหรือการดูแลสุขอนามัย มีปัญหาการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคอแข็ง การเคี้ยวและการกลืน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ มีความผิดปกติด้านความรู้สึก อาจมีความจำเสื่อมหรือสับสน บางรายอาจไม่รู้สึกร่างกาย (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; Phipps, 1991) ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ จากความพิการที่ยังเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย โมโหง่าย วิตกกังวล เครียด จนบางครั้งเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในชีวิต จากการศึกษาของ Astrom และคณะ (1992) พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยมาแล้ว 2-3 ปี ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมากในช่วง 6 เดือน - 2 ปี ซึ่งในช่วง 6 เดือนแรก ภาวะซึมเศร้ามักเกิดจากการเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ขณะที่ในช่วงหลัง 6 เดือน - 1 ปี มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมลดลง (ปัทมา โลหเจริญวนิช, 2545) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Santas และคณะ (1990) ที่ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม

3) ด้านสังคม จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทเดิมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ทำให้ญาติรู้สึกอับอาย และเป็นภาระที่ต้องดูแลควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกสังคม ผู้ป่วยเองก็รู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วย

เรื้อรัง ทำให้ไม่อยากเข้าสังคม รวมทั้งสังคมยังไม่ยอมรับผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้สังคมผู้ป่วยแคบลง รู้สึกสิ้นหวังและซึมเศร้ามากขึ้น (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

2.2.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อบุคคลเกิดความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล ทำให้สูญเสียกำลังของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ต้องจำกัดกิจกรรมอยู่เฉพาะในบ้าน ทำให้สูญเสียบทบาททางสังคม (Pallet, 1990) นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน อีกทั้งกิจกรรมการดูแลยังมีความซับซ้อน อาจทำให้เกิดความกลัว ไม่มั่นใจ หงุดหงิด ทำให้แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม มีผลต่อความรู้สึกทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว รู้สึกเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องดูแล (จินตนา สมนึก, 2540) และจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลของเศรษฐกิจในครอบครัว ครอบครัวเริ่มมีหนี้สินหลังจากมีสมาชิกป่วยซึ่งเป็นผลกระทบต่อเนื่อง (จินตนา ชาญประโคน, 2550; นันทพร ศรีนิม, 2545) สมาชิกในครอบครัวคนอื่นอาจต้องมีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนครอบครัว ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆในครอบครัวและการดำเนินการเรื่องต่างๆภายนอกครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ (จินตนา ชาญประโคน, 2550)

2.2.3.3 ผลกระทบของโรคต่อสังคม เมื่อบุคคลต้องมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความพิการของร่างกาย ทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถประกอบอาชีพรวมทั้งไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ อีกทั้งประเทศที่มีคนพิการจำนวนมาก ย่อมต้องถือว่าเป็นภาระของสังคม และสะท้อนให้เห็นถึงสถานะสุขภาพของสังคมประเทศนั้นๆ ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542) มีการศึกษาต้นทุนของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยเท่ากับ 162,644.97 บาทต่อคนต่อปี (ศิวาพร ยิ่งคง, 2544) ส่งผลให้สังคมและประเทศต้องสูญเสียเศรษฐกิจและกำลังทรัพยากรที่จะมาพัฒนาประเทศจำนวนมากเนื่องจากความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำงานของร่างกายจากการที่มีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและมีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามารับมือกับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล และเป็นบทบาทที่ต้องใช้ความต่อเนื่อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536)

Horowitz (1985) จำแนกลักษณะของผู้ดูแลไว้ 2 ประเภท ตามขอบเขตของความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยทำความสะอาดร่างกาย ช่วยในการรับประทานอาหาร จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทาน ช่วยในการขับถ่าย เป็นต้น
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect care) เช่น เป็นธุระในการติดต่องานสังคม หรือจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษาของผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งอาจปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Orem (1995) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวถึงผู้ดูแลว่า เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ที่

ให้ความช่วยเหลือดูแลนั้นเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

ศิริพันธุ์ ศาสตรัย (2546) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแลให้ได้รับการดูแล (Care Receiver) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน (Formal carer) รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล พนักงนหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และ 2) กลุ่มญาติผู้ดูแล (Informal Caregiver, Family Caregiver) เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิต โดยไม่ได้รับเงินหรือรางวัลเป็นการตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความผูกพัน หน้าที่หรือความสำนึกบุญคุณ 17

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลหลักให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่คิดค่าตอบแทน

2.2.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล

การที่บุคคลจะเป็นผู้ดูแลนั้น อาจขึ้นกับปัจจัยหรือสาเหตุหลายประการซึ่ง ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ได้ศึกษาสาเหตุของการเป็นผู้ดูแลว่าขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดร่วมกัน

2. สัมพันธภาพหรือความผูกพัน ผู้ให้การดูแลมักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับการช่วยเหลือ ซึ่งจะมีความสงสาร เห็นใจ และห่วงใยให้กับผู้ที่รับการดูแล

3. ศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับการช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี อีกทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มักมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่นๆ

4. การยอมรับของผู้รับการช่วยเหลือ มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลที่ตนเป็นผู้เลือกเท่านั้น

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานประจำที่ทำอยู่ เป็นต้น

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่орายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

จากการทบทวนเอกสารการวิจัยพบว่าคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วย ในประเทศไทย (อรศิลา ชื่นกุล, 2542; กรรณิกา คงหอม, 2546; พารุณี เกตุกราย, 2550; พราราม สวณจันทร์, 2550; พรชัย จุลเมตต์, 2540; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ัญญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547; อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) และของต่างประเทศ (Chow et al., 2007; Suh et al., 2005) พบว่าผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-60 ปี มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน มุ่งเน้นเฉพาะให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และเป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น และอาจจะมีผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) ที่อยู่ในเครือข่ายช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง หรือให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น คุณลักษณะที่นำมาใช้ในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวที่น่าจะเป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ ซึ่งต้องพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.2.3 หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญ และควรมีหน้าที่ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538; Bakas et al., 2002)

1. การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย กิจวัตรประจำวันบางอย่างที่ต้องใช้อุปกรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล เป็นต้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีความชำนาญในแต่ละด้านที่ผู้ป่วยของตนเองต้องการ นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้

2. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการรับรู้ที่เสียไปและอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย อารมณ์เสีย อารมณ์รุนแรง ซึมเศร้า หวาดระแวง และหวาดกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยจึงต้องการผู้ดูแลที่เข้าใจ ผู้ดูแลจะต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้ และให้การสนับสนุนทั้งทางด้านจิตวิญญาณ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความหวัง และกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและปลอดภัย เตรียมสิ่งสำคัญต่างๆในการให้การดูแล เช่น อาหาร เสื้อผ้า และสิ่งต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การติดตั้งราวไม้ที่ผู้ป่วยใช้ฝึกเดิน พื้นบ้านที่สะอาดแต่ไม่ควรลื่น เพื่อป้องกันผู้ป่วยลื่นล้ม รวมทั้งการจัดสถานที่ที่เหมาะสม ไม่มีของแหลมคมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนปกติ แต่ในกรณีที่มิอาจฟื้นคืนชีพ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายแขน ขา และการฝึกยืน เดิน ผู้ดูแลจึงควรได้รับการฝึกให้การช่วยเหลือจากนักกายภาพบำบัด และช่วยฝึกให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การดูแลแผล การฝึกขับถ่าย

5. การติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลต่างๆ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการขาดการติดต่อและการขัดแย้ง

6. ด้านการเงิน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจต้องเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงินด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาได้ด้วยตนเอง

7. การตัดสินใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นผู้ค้นหา เช่น เลือกวิธีการรักษา และเลือกที่จะให้ผู้อื่นเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น

จากบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาหลายๆ ด้านในระยะยาว มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

2.2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่ง Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาตย์, 2549) แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.2.4.1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลบางรายต้องทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลทุกรายมีปัญหาสุขภาพภายหลังเป็นผู้ดูแล (Meesuk, 2005) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่ถูกเทคนิควิธีและเกินกำลังตัวเอง หรืออาจมาจากภาวะจิตใจที่มีความเครียด (จินตนา สมนึก, 2540; สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541; Meesuk, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ (White, Mayo, Hanley & Wood-Dauphinee, 2003) และจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลงหรือลืมที่จะสนใจสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัดรับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบ และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (จินตนา สมนึก, 2540; สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541)

2.2.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) จากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยประกอบกับงานที่ทำอยู่เดิม รวมทั้งชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแล ทำให้เกิดภาวะเครียดและมีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เศร้า หงุดหงิด สับสน และวิตกกังวล (Sit, Wong, Clinton , Li & Fong, 2004) พบว่า ร้อยละ 49.1 ของผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต (วารภรณ์ จิรานนท์, 2547) ร้อยละ 41.1 มีภาวะซึมเศร้า (Suh, et al, 2005) อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียของที่ตนรักไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยจากการที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านความจำและด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ดูแลอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้ ผู้ดูแลบางรายอาจรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง รู้สึกไม่พึงพอใจ ชื่นชอบที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (จินตนา สมนึก, 2540)

2.2.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic problem) ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน เพื่อปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการะในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลามาเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย

อาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ทำให้รายได้ลดลง มีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย ซึ่งหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว อาจทำให้ปัญหาเศรษฐกิจ การเงินของครอบครัวตามมา (ศิริพันธ์ สารัตถ์, 2551) อีกทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล (สุดศิริ หิรัญชนหะ, 2541) อาจมีการผลกระทบการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแลพบว่า ผลกระทบส่วนใหญ่เป็นผลกระทบด้านลบ แต่จากการศึกษาของคณะองนิช ไชยวุฒิ (2547), จอม สุวรรณโณ (2540), ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งผลกระทบในทางบวก ได้แก่

1. มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ รู้สึกเหมือนได้ทำความดี มีความสุขที่ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความทรมาน ผลที่ได้คือ ความผาสุกด้านจิตใจ มีความนับถือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง
2. ได้บทเรียนสอนตนเอง ได้เห็นความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ถือเป็นประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
3. ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นช่วยเหลือกัน ตลอดจนได้ทำหลายๆ สิ่งที่ไม่ได้ทำมาก่อน
4. ได้โอกาสทดแทนบุญคุณ ถือเป็น การตอบแทนคุณงามความดีที่ผู้ป่วยเคยช่วยเหลือเมื่อในอดีต
5. ได้บทเรียนสอนคนอื่น จากการได้ทราบเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น

ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นจะมีผลสะท้อนต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ดูแลจะรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเครียดหรือถูกคุกคามการดำเนินชีวิต แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เนื่องจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล(2549) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น มี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายนอกและภายในที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้

มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดความรู้ทางสังคม ตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

Orem และคณะ (2001) กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถในการคิด ไตร่ตรอง ใช้เหตุผล ในการตัดสินใจ และเลือกการกระทำที่เหมาะสม การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำขึ้นอย่างจงใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยบุคคลจะพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ เลือกกระทำในสิ่งที่เหมาะสมและตัดสินใจกระทำ แม้ว่าการกระทำนั้นจะยากลำบากหรือเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate and goal-oriented action) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ (Orem, 1995) คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเอง บุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองทั้งภายในและภายนอก มีความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตและให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบได้ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจจะกระทำการดูแลตนเองได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำและผลของการกระทำ โดยการกระทำนั้นต้องมีเป้าหมาย ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลนั้น

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุนัขยติดตัวได้ถ้ากระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงเป้าหมายของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุนัขยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างสุนัขยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีก

2.3.2 ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ทั้ง 3 ด้าน (Orem, 1995; Orem et al., 2001)) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล โดยปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้แก่ การดูแลให้ได้รับอากาศ อาหาร และน้ำที่เพียงพอ จัดการให้มีการขับถ่ายและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ การรักษาสัมพันธภาพระหว่างการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง การมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเอง ที่เกิดจากกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น ปัญหาความเจ็บป่วย การสูญเสียญาติมิตร ตลอดจนการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ และ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย การดูแลตนเองในระยะนี้คือ การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติ

ในด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและ

ตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยด้วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่เป็นปกติเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรม自我ดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการในการ自我ดูแลตนเอง องค์ประกอบของความสามารถในการ自我ดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ระดับ (Orem et al., 2001) ได้แก่

1. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการ自我ดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

โดยความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการ自我ดูแลตนเอง ตามลำดับ (Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer & Isenberg, 1989) ดังนี้

ลำดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการ自我ดูแลตนเองโดยทั่วไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิัยส่วนตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับในตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ลำดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการในการ自我ดูแลตนเอง (Ten power components) ได้แก่ ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการ自我ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการ自我ดูแลตนเอง การมีแรงจูงใจที่จะทำการ自我ดูแลตนเอง มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการ自我ดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ自我ดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการ自我ดูแลตนเอง มีความสามารถจัดระบบการ自我ดูแลตนเอง และปฏิบัติการ自我ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลำดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่ต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น ประกอบด้วย

1) การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

2) การตัดสินใจ เป็นความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ควรกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)

3) การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล นอกจากต้องอาศัยความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลังความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองตามที่กล่าวมาแล้วนั้น Orem ยังเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง รวมทั้งมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งขึ้นกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานต่างๆ (Basic conditioning factors) ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ สังคมและขนบธรรมเนียม ประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีอยู่ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ทำให้บุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Orem, 1995; Orem et al., 2001)

2.3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เมื่อเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนไป เช่น การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) การนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และนอนหลับไม่ติดต่อกัน (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; Natechang, 2002) ไม่มีเวลาออกกำลังกาย (นันทพร ศรีนัม, 2545; ทิววรรณ เกื้อนยัง, 2554; Periard & Ames, 1993) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง หากไม่จำเป็นจริงๆก็จะไม่ไป หรืออาจให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัว

ไปแทน และไม่มีคนพูดระบายความทุกข์ (นันทพร ศรีนัม, 2545; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) ในส่วนของ การจัดการกับความเครียด ผู้ดูแลใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทา ความเครียด และการจัดการด้านอารมณ์ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2543) ส่วนการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะมีอาการปวดเมื่อยตามตัว จากการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างไม่ถูก วิธี แต่ผู้ดูแลก็ยังฝืนทำ (นันทพร ศรีนัม, 2545; Natechang, 2002) และผู้ดูแลไม่ไปตรวจสุขภาพ ประจำปี เพราะไม่ต้องการทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; ทิพา วรณ เกื้อนยัง, 2554) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ 26 พารุณี เกตุกราย (2550) ที่ศึกษาการดูแล ตนเองของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนเข้ารับบทบาท เป็นผู้ดูแล โดยกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติมากขึ้น คือ การรับประทานยาบรรเทา อาการเมื่อไม่สุขสบาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหาข้อมูลในการดูแลตนเองและ บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ ในขณะที่กิจกรรมในการดูแล ตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัว การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม และการนอนหลับอย่างเพียงพอลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิดา สุจริตกุล (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 7 ชั่วโมง โดยนอนหลับไม่ ติดต่อกันและเข้านอนไม่เป็นเวลา ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และร้อยละ 63.5 ไม่เคยตรวจ สุขภาพประจำปี

ในขณะที่การศึกษาของ อรศิลป์ ชื่นกุล (2542) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีปัญหาในเรื่องขับถ่าย และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เนื่องจากผู้ดูแลตระหนักถึงการใช้พลังงานในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันการดูแลผู้ป่วยก็ทำให้ไม่สามารถหาเวลาออกกำลังกายได้ แต่ก็พยายามหาเวลาว่าง จากการดูแลผู้ป่วยไปออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอยู่เสมอ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสนใจฟังคำแนะนำ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้งในการดูแลตนเองและ ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ แก่บุคคลอื่น ซึ่งผู้ดูแล สามารถจะให้ความช่วยเหลือได้โดยไม่ละทิ้งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

2.3.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองมีการศึกษาและพัฒนา ดังนี้

1. The Appraisal of Self-care Agency scale (ASA Scale) สร้างขึ้นโดย Ever, Van Gorcum, Assen, & Maastricht (Ever et al., 1989 cited in 27Hanucharunkul, 1989) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ถูกประเมินในด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1989) เพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 17 ข้อ คำถามด้านลบ 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) โดยพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ Hill และ Smith (1990, อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ประกอบด้วย ด้านการพัฒนารูจักตนเอง การเผชิญปัญหา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและธำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ในส่วนของด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (Orem, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สำหรับการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้พัฒนาจากการศึกษาความเชื่อและวิถีชีวิตของคนไทย แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 58 ข้อ และคำถามด้านลบ 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี เกตุกราย (2550) ที่สร้างขึ้นโดยอิงแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ มีข้อคำถาม 26 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี เกตุกราย (2550) ที่สร้างขึ้นโดยอิงแนวคิดการดูแลตนเอง

ของ Orem (2001) แบบสอบถามนี้มีค่ามีค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .97 ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามฉบับนี้เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินในผู้ดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมทั้ง การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem เช่น การศึกษาของ พินทอง รัตน์ภูษงค์ (2550) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวและบุคคลแวดล้อม อุปนิสัยส่วนตัว ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วย วิถีชีวิตประจำวัน ความเชื่อส่วนบุคคล ความใส่ใจตระหนักในเรื่องสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจในบุคลากรทีมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และสิทธิในการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว วัยสูงอายุ ความรุนแรงและอาการแสดงของโรค ภาวะเศรษฐกิจ การขาดแรงสนับสนุนในครอบครัว การไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือขาดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและการขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา รายได้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังและระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 26 การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและในต่างประเทศยังมีจำนวนน้อย มีการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (2550) ศึกษาการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

2.4.1 ความวิตกกังวล

2.4.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่พึงพอใจ หวาดหวั่น เป็นทุกข์ รู้สึกถูกคุกคามหรือทำให้เกิดอันตราย

อรพรรณ ถีบุญรัชชัย (2543) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ กลัวว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น พริ้นพริ้งจากการคาดหมายว่าจะมีอันตรายหรือโชคร้ายเกิดขึ้น เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้โดยตรง แต่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เป็นเสมือนสัญญาณของจิตใจที่บ่งบอกว่าเริ่มมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจแล้ว

2.4.1.2 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

1 ระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะสัมพันธ์กับความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นการเตรียมตัวให้กระทำการต่างๆ บุคคลมีประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัว เช่น การได้ยิน การเห็น การรับรู้ ตลอดจนความจำดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวทำได้มากกว่าปกติ มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดี และทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งขึ้น

2 ระดับปานกลาง (moderate anxiety) มีประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัว แต่ขอบเขตการรับรู้แคบลง บุคคลเลือกรับรู้เฉพาะสิ่งกระตุ้นที่ก่อกวนใจ (select attention) เท่านั้น สิ่งกระตุ้นอื่นจะถูกตัดออกไป ความวิตกกังวลระดับนี้บุคคลยังมีความสามารถในการเรียนรู้หรือแก้ไขปัญหาได้เฉพาะเรื่องที่ตนมีความสนใจเท่านั้น จะไม่สามารถทำเรื่องอื่นๆได้ในเวลาเดียวกัน

3 ระดับรุนแรง (severe anxiety) ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก ขอบเขตความสนใจแคบลง บุคคลอาจจะงุนงง สับสน พฤติกรรมทำไปโดยอัตโนมัติ สิ่งกระตุ้นใหม่ๆอาจจะทำให้มีความวิตกกังวลสูงขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติส่วนของซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ทำให้มีอาการทางกายชัดเจน เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น ปวดกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น ไม่อยู่นิ่ง บุคคลจะบอกว่ามีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ นอนไม่หลับ ใจสั่น อาจจะมีอาการหายใจเร็ว (hyperventilation) และรู้สึกกลัว การเรียนรู้และแก้ไขปัญหาทำไม่ได้ในระยะนี้

4 ระดับตื่นตระหนก (panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลสูงสุด เป็นภาวะตื่นกลัวสุดขีด ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเอง สามารถทำในสิ่งที่เวลาปกติทำไม่ได้ การรับรู้จะแคบลงมาก บุคคลจะสับสน ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การรับรู้บิดเบือนไป ไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล บุคคลไม่อาจสื่อสารหรือทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.1.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger และคณะ (1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or s-anxiety or s-state) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย หวาดหวั่น ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่ตอบสนองความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2 ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or t-anxiety or a-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆไป ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait) ซึ่งจะไม่ได้แสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะไปเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความ และประเมินสถานการณ์ต่างๆก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

2.4.1.4 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการและมีภาวะพึ่งพาสูง ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลปริมาณงานที่มากเกินไป และระดับความรุนแรงของอาการป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแล รวมถึงสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน (นันทพร ศรีนัม, 2545) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) พบว่าผู้ดูแลบางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยและขาดทักษะการดูแล (Rosenthal et al., 1993) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จาก

ความพิการที่หลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับเข้ารับบทบาทผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ กลัว หวาดหวั่น ไม่มั่นใจและไม่แน่ใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจมีการแสดงออก เช่น กระวนกระวายใจ หงุดหงิด เครียด ก้าวร้าว ซึ่งแสดงถึงการมีความวิตกกังวลของผู้ดูแลเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ เรียกว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger et al., 1983) Blake และคณะ (2003) ทำการศึกษาในกลุ่มกลุ่มสมรสที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 78 มีความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ และวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Chow, Wong, & Poon (2007) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทอื่นๆ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ($p < 0.001$) และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นหลังจากการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือน (Wade, Legh-Smith, Hower & Skillbeck, 1986) ซึ่งความวิตกกังวลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลมากเกินไปจะส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลขาดความรู้ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง (Shewchuk, 1998) พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่ออาการทางกายภาพของผู้ดูแลและเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงอาการทางด้านร่างกายในระยะแรกของผู้ดูแล และการศึกษาของ นงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมปรับตัวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Connell (1994) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงศึกษาถึงอำนาจในการทำนายของความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.1.5 การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้ ดังนี้

1 การประเมินจากความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงที่ร่างกายแสดงออกมา เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การมีเหงื่อออก การขยายของรูม่านตา ซึ่งการประเมินบางอย่างต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Stuart & Sundeen, 1995)

2 การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา (behavioral measure of anxiety) มักจะประเมินจากการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก กระสับกระส่าย มือสั่น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ยืนกอดอกหรือร้องไห้ การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม พูดตะกุกตะกัก เป็นต้น เครื่องมือที่จะใช้ประเมินมักถูกสร้างให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรม ของ Graham & Conley (1971) ที่นำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรม

3 การประเมินโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนเองได้รับรู้ แล้วนำมาแปลเป็นระดับของความวิตกกังวล ที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่

3.1) Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปีค.ศ.1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) โดยเลือกข้อคำถามจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMP) ประกอบด้วยคำถาม 50 ข้อ ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบประเมินนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักศึกษาในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต ต่อมาได้นำมาใช้ในผู้ใหญ่ทั่วไปด้วย

3.2) Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (Zung, 1971 cited in Grimm, 1997) ประกอบไปด้วย 2 แบบประเมิน คือ ASI และ SAS ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่ก็มีรายงานการศึกษาว่าสามารถใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

3.3) State-Trait Anxiety Inventory (STA) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1983) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงแยกกัน ความวิตกกังวลแต่ละประเภทประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้กันแพร่หลายใน นักศึกษาระดับวิทยาลัย (Spielberger et al., 1970) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Sansoni & Vellone, 2004) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความ

เที่ยงตรงของเครื่องมือนั้นเป็นที่ยอมรับ ในประเทศไทย ได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในหลายกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.87 (อรัญญา โสมนรินทร์, 2538) ความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 (นิตยา อินทรักษ์, 2551) ความวิตกกังวลในผู้ป่วยไมเอสทีเนีย กราวิส ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 (สุทิสรา เรืองรัมย์, 2554)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ (1983) ที่เรียกว่า State Anxiety Inventory Form Y-1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านกระบวนการ Back translation โดย สุทิสรา เรืองรัมย์ (2554) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ขณะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งแบบประเมินนี้ยังเป็นที่ยอมรับและใช้กันโดยแพร่หลาย

2.4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.4.2.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จารุณี ลิขิตระกุล (2541) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า เป็นการตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส และแสดงออกโดยมีความตระหนัก และมีการประเมินถึงภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

Orem (1991) ได้รวมการรับรู้ภาวะสุขภาพเข้าเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับรู้ ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เกิดการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์สะสมของความคิดความจำ สามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการพิจารณาไตร่ตรองได้รอบคอบ อีกทั้งยังทำให้บุคคลมีความชำนาญ ในการแสวงหาความรู้ และเรียนรู้เพื่อที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ส่งผลต่อพลังความสามารถ 10 ประการ ทำให้มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง มี

ทักษะในการตัดสินใจ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางสติปัญญา เพื่อปรับและปฏิบัติการดูแลตนเองตลอดจนมีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของพราวาม สวนจันทร์ (2550) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยว่าแข็งแรงสมบูรณ์ร้อยละ 90 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยว่าแข็งแรงสมบูรณ์ร้อยละ 56.7 ส่วนที่มีการรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาปวดหลังและสะเอว ร้อยละ 57.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดูแลจะดูแลรักษาร้อยละ 60 โดยรักษาในสถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 93.1 ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่มีปัญหาร้อยละ 78.3 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพด้านอาการทางกายร้อยละ 61.7 แต่ในส่วนของปัญหาสุขภาพด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง พบว่ามีปัญหาร้อยละ 36.7, 28.3 และ 4.2 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำเข้ามาศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่าหากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีด้วย เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Tang & Chen, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (อัมพร จันทรดา, 2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ที่การรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2.4.2.3 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบประเมินที่ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพมีการศึกษาและพัฒนาไว้ ดังนี้

1. The Sickness Impact Profile (SIP) สร้างขึ้นโดย Deyo และคณะ (1982) และ Bergner และคณะ (1981) ประเมินผู้ป่วยตามการรับรู้ในด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ในสังคมโดยจะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ 12 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย และการเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ การลุกเดิน พฤติกรรมด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ด้านการเรียนรู้ การใช้ความคิดและสติปัญญา การสื่อสาร การทำงาน การนอนหลับและการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การจัดการต่างๆ ภายในบ้าน และกิจกรรมเพื่อความบันเทิงและพักผ่อนหย่อนใจ ข้อคำถามมีทั้งหมด 136 ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดี

2. General Health Questionnaire เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งสร้างโดย Goldberg (Goldberg, 1972 cited in Goldberg & Hillier, 1979) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความพร้อมของบทบาททางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง แบบสอบถามนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

3. General Health Perception Battery เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปขึ้น พัฒนาโดย Brook และคณะ (1979) ประกอบด้วยคำถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตน และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

4. Health Perception Scales For Thai Adults : HPS-T เป็นแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (Rojpaisarnkit, 2001) ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยใช้แนวคิดพื้นฐานเชิงทฤษฎีจากการพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพของคนอเมริกา Health Perception Battery ของ Brook และคณะ (1979) โดยได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินในประชากรวัยผู้ใหญ่ในกรุงเทพมหานคร และ เขตสาธารณสุขทั่วประเทศ 12 เขต จำนวน 1,600 คน แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความสนใจสุขภาพ ความตระหนักในสุขภาพ ความต้านทานและโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่ (Health Perception Scales For Thai Adults : HPS-T) (Rojpaisarnkit, 2001) เนื่องจากการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่โดยทั่วไปในคนปกติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (อรศิริปป์ ชื่นกุล, 2542; กรรณิกา คงหอม, 2546; พารุณี เกตุกราย, 2550; พราวงาม สวนจันทร์, 2550; พรชัย จุลเมตต์, 2540; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ธัญญาภรณ์ คานวนพเก้า, 2547; อรินทร์ จรูญสิทธิ์, 2554)

2.4.3 การสนับสนุนทางสังคม

2.4.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องและเห็นคุณค่า รวมถึงการรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น

Kahn (1979) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน และมีการช่วยเหลือกันทางด้านวัตถุ ซึ่งที่กล่าวมาอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลหรือสิ่งของ แล้วทำให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

Tilden และ Weinert (1987) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้างจะช่วยบรรเทาความเครียดสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี

House (1981) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและให้ความไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดและการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการรับรู้และการประเมินตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับคำชี้แนะในการกระทำต่างๆ ได้รับข้อมูลข่าวสาร และวัสดุสิ่งของ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการดูแลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.4.3.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) แบ่งแหล่งสนับสนุนตามลักษณะความสัมพันธ์ ไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง และบุคคลที่คุ้นเคยใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วย บุคคลหรือองค์กรที่ทำให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ และบุคคลอื่นหรือองค์กรอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ ได้แก่ พระ ครู สมาคมต่างๆ เป็นต้น

House (1981) มีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีภาวะสุขภาพที่ดี เสาหลักเชิงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การสนับสนุนด้านความรัก การยกย่อง ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเอง ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ และการรับฟังปัญหา
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองว่าถูกต้อง เหมาะสม การให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูก การเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะและแนวทาง ข้อมูลข่าวสาร ที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง เกี่ยวกับความจำเป็นของบุคคลในเรื่องวัสดุสิ่งของ การเงิน แรงงาน การให้เวลา และการจัดสภาพแวดล้อมต่างๆที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้

Weiss (1974) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีประสบการณ์การเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤต จากการศึกษาได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรักใคร่ผูกพัน (attachment) จะทำให้บุคคลที่ได้รับเกิดความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความสะดวกสบายและรู้สึกเหมือนอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่จะได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่น้อง คู่สมรส และเพื่อนสนิท บุคคลที่ไม่ได้รับความรักใคร่ผูกพันจะรู้สึกโดดเดี่ยวในสังคมอย่างและกระวนกระวายใจ

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) การเป็นสมาชิกของเครือข่ายภายในสังคมจะมีการแบ่งปันความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด และประสบการณ์ ส่วนใหญ่จะได้รับจากเพื่อน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้บุคคลอยู่ในสังคมอย่างทุกข์ทรมานใจ

3. การมีโอกาสดำเนินการประโยชน์ให้กับผู้อื่น (opportunity for nurturance) การที่บุคคลมีโอกาช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและเป็นที่ต้องการของผู้อื่น ทำให้บุคคลมีเป้าหมายในชีวิต ส่วนใหญ่ได้จากการที่มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อบิดา มารดา ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกชีวิตไม่มีจุดหมาย

4. การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) เป็นการพิสูจน์ให้ผู้อื่นได้เห็นถึงความสามารถของบุคคลในบทบาททางสังคมในครอบครัว ทำให้ผู้ร่วมงานและบุคคลภายในครอบครัวยอมรับความสามารถ ยกย่อง และชื่นชมในบทบาทที่บุคคลแสดงออก ได้รับการยอมรับภายในสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นคนที่ไร้คุณค่า

5. ความรู้สึกมั่นคงของสัมพันธภาพในครอบครัว (a sense of reliable alliance) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากญาติพี่น้องเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะพี่น้องที่ร่วมสายโลหิต ทำให้บุคคลมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีหรือถูกตัดขาดจากครอบครัว จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกไม่มั่นคง และเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว

6. การได้รับคำแนะนำ (the obtaining of guidance) สำหรับบุคคลที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดการได้รับคำแนะนำเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ ทำให้บุคคลมีแนวทางในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะได้รับจากผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้บุคคลมีความเครียดอย่างรุนแรง รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และมีความวิตกกังวล

2.4.3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ House (1981) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รู้สึกถึงการได้รับความรัก ความอบอุ่นเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคมของตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะพยายามปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล และเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านนี้ส่วนใหญ่จะได้รับจากครอบครัวมากที่สุด
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยคำพูดหรือการแสดงออกแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับของเพื่อนบ้านว่าขณะนี้สุขภาพของผู้ดูแลดีขึ้นหรือแย่ลง ผู้ดูแลจะนำข้อมูลที่ได้ไปประเมินภาวะสุขภาพของตนเองเทียบกับคนอื่นว่าต่างกันอย่างไร ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนด้านนี้จากเครือข่ายเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน
3. การสนับสนุนด้านข่าวสารข้อมูล เป็นการได้รับความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคลภายในเครือข่ายของสังคมตนเอง โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการดูแลตนเองหรือแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้มาก ซึ่งข้อมูลในเรื่องสุขภาพส่วนใหญ่จะได้รับจากแพทย์ และพยาบาล
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน แรงงาน และเวลา เป็นการได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัสดุและสิ่งของ จะช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ตามมาได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับจากครอบครัวและชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ทิววรรณ เกื่อนยัง, 2554; Tang & Chen, 2002) คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Gallant & Connell, 1997) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ อินทุกานต์ กุลไวย (2552) ที่ศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอต่อความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีตามมา และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นว่าการศึกษาดังกล่าวมีผลไปในทิศทางเดียวกันว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.3.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สร้างแบบประเมินที่มีความจำเพาะแต่ละชนิดของการแบ่งการสนับสนุนทางสังคม โดยเครื่องมือที่นำมาประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้กันแพร่หลายมีดังนี้

1. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างโดย Norbeck, Lindsey, & Carrieri (1981) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) 2) การสูญเสียเครือข่าย (network) 3) ความสูญเสีย (loss) คำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2. Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างโดย Brandt & Weinert (1985) ตามแนวคิดของ Weiss (1974) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ แหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ คำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ ซึ่งมีข้อความทั้งบวกและด้านลบ

3. Support Behaviors inventory (SBI) สร้างโดย Brown (1986) ซึ่งใช้ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (House, 1981 cited in Brown, 1986) ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ คำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ ถ้าคะแนน

มากแสดงว่าบุคคลมีความพึงพอใจแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และถ้าคะแนนน้อยแสดงว่าบุคคลไม่พึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House (House, 1981 cited in House, & Kahn, 1985) แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้เท่ากับ 0.91 (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543) นอกจากนี้ มีการนำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคไมเอสทีเนีย กราวิส (สุทิศา เรืองรัมย์, 2554) และผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามฉบับนี้เนื่องจากคำนิยามมีความสอดคล้องกับคำนิยามในการศึกษานี้โดย ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์, ด้านการประเมิน, ด้านข่าวสารข้อมูล และด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน แรงงาน และเวลา มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert's scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีให้เลือก 5 ระดับ

2.5 สรุป

โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เปลี่ยนแปลงบทบาทของตน และอาจประสบกับปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย สุขภาพทรุดโทรม เกิดความวิตกกังวล อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่างมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องและสามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlation predictive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันและแตก ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ณ คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ ดิกรผู้ป่วยนอก ชั้น 2 หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลผู้ดูแล 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 78 ราย และกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติ โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านกับผู้ป่วยก็ได้

2. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายนี้เป็นรายแรก ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน
4. ผู้ดูแลมีการรับรู้สถิติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีค่า TMSE ≥ 23 คะแนน และสื่อสารภาษาไทยได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Power analysis (Polit & Beck, 2008) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า α เท่ากับ 0.05 อำนาจการทำนาย (level of power) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร effect size เป็นขนาดกลาง (medium effect size) R^2 เท่ากับ .13 ตามข้อเสนอแนะของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) ที่ว่าการวิจัยทางการแพทย์หรือทางสังคมศาสตร์สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$\gamma = \frac{R^2}{1 - R^2} = 0.149$$

เมื่อได้ค่า γ (Estimated effect size) แล้วแทนค่าในสูตรดังนี้

$$N = \frac{L}{\gamma} + K + 1$$

N = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางเมื่อกำหนด $\alpha=0.05$ และ Power = .80 ได้ 10.90

K = จำนวนตัวแปรอิสระ (3)

$$N = \frac{10.90}{0.149} + 3 + 1 = 77.15$$

คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน

แหล่งเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาและเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ดังนี้

- 1) คลินิกระบบประสาท ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบ

ประสาท ทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 13.00 – 15.00 น. โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจตามนัดวันละ 5-10 ราย

2) คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 15.00 น. โดยมีผู้ป่วยมาตรวจวันละ 5-10 ราย

3) คลินิกระบบประสาทและสมอง ผู้ใหญ่ ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทนอกเวลา ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16.00 - 20.00 น. และทุกวันเสาร์ เวลา 08.00-16.00 น. โดยมีผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาวันละ 20 – 30 ราย

ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจรักษาจะมีญาติหรือผู้ดูแลพามาตรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้คัดกรองระดับการรับรู้และสติสัมปชัญญะของผู้ดูแลโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum, 1993) แบบทดสอบประกอบด้วย หัวข้อหลัก 6 ข้อ คิดเป็นคะแนนรวม 30 คะแนน ได้แก่ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน, การจดจำ (Registration) 3 คะแนน, ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน, การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน, ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน และการระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน โดยกำหนดค่าปกติของคะแนนรวมของการทดสอบนี้คือต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ระยะเวลาเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคร่วมสภาพของร่างกายที่อ่อนแรง สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย ตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Modified Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2541) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก ดัชนีวัดความสามารถใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เรล (Barthel Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 3 เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม คะแนนรวมของแบบประเมินนี้อยู่ในช่วง 0-20 คะแนน มีการแปลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 – 4 แสดงว่า มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5 – 8 แสดงว่า มีภาวะพึ่งพาระดับมาก

คะแนน 9 – 11 แสดงว่า มีภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส คะแนนทดสอบสภาพสมอง (TMSE) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เหตุผลในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยภายหลังทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ใช้วัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (State anxiety : form Y-I) ซึ่งเป็นแบบสอบถามส่วนหนึ่งของ State – Trait Anxiety Inventory (STAI) สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1970) เป็นการวัดความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น (ความวิตกกังวลขณะเผชิญ) และได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 (Spielberger et al., 1983) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐาน ในประเทศไทย มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกกลาง และ มาลี นิสัยสุข (2524) และนำไปใช้ในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (อรทัย โสมนรินทร์, 2538) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (นิตยา อินทรักษ์, 2551) ต่อมามีการแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการ Back Translation โดย สุทิสรา เรืองรัมย์ (2554) และใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยไมเอสทีเนีย กราวิส แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.91 ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, และข้อที่ 20 และมีข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางลบทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, และข้อที่ 18 ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมของความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน และการให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

		คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด	1	4
ปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง	2	3
มีบ้าง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง	3	2
ไม่มีเลย	หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเลย	4	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน มีการแปลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 20 แสดงว่า	ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน 21 – 40 แสดงว่า	มีความวิตกกังวลน้อย
คะแนน 41 – 60 แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 61 – 80 แสดงว่า	มีความวิตกกังวลมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้พัฒนาขึ้นโดยกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (Rojpaisarnkit, 2001) อาศัยแนวคิดพื้นฐานเชิงทฤษฎีจากการพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพของคนอเมริกา Health Perception Battery ของ Brook และคณะ (1979) ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ ที่สร้างขึ้นโดย ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบว่าตรงกับข้อความในแบบวัดมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 3

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 – 6

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 – 9

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 – 12

ความสนใจสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 – 15

ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 – 18

ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 – 21

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22 – 24

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 25 – 27

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

ใช่แน่นอน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ
ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
ไม่ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย
ไม่ใช่แน่นอน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 11, 13, 14, 25, 26, 27

คะแนน

คำตอบ	ข้อความที่เป็นบวก	ข้อความที่เป็นลบ
ใช่แน่นอน	5	1
ใช่	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่ใช่	2	4
ไม่ใช่แน่นอน	1	5

การแปลผลการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวม จะมีค่าอยู่ระหว่าง 27 – 135 คะแนน

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองไปในทางที่ไม่ดี

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี

การกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน โดยแบ่งช่วงห่างของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 4 กลุ่ม ใช้คะแนนที่มากที่สุด ลบด้วยคะแนนน้อยที่สุดหารด้วยจำนวนระดับ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27 – 135 เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

คะแนน 27 – 53 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 54 – 80 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 81 – 107 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนน 108 – 135 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House (House, 1981 cited in House, & Kahn, 1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.91 ข้อคำถามเป็นการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ข้อที่ 1 – 5

การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) ได้แก่ข้อที่ 6 – 10

การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information Support) ได้แก่ข้อที่ 11 – 15

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ได้แก่ข้อที่ 16 – 20

ลักษณะของข้อคำถามเกี่ยวกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังกล่าวมาน้อยเพียงใด และผู้ให้การสนับสนุนเป็นใครบ้าง โดยมีข้อคำถาม 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ได้รับมากน้อยเพียงใด และตอนที่ 2 ได้รับจากใครบ้าง

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

5 = มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด

4 = มาก หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก

3 = ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง

2 = เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย

1 = ไม่มีเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุน หรือ ไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

การแปลผลการสนับสนุนทางสังคม

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมาก

คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน โดยแบ่งช่วงห่างของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 กลุ่ม

คะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543)

คะแนนเฉลี่ย ≤ 2.33 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย > 3.68 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมาก

การแปลผลคะแนนแหล่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคม คิดคะแนนเป็นร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านเป็นรายชื่อ โดยคะแนนร้อยละยิ่งมากแสดงว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนกลุ่มนั้นมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี เกตุกราย (2550) ที่สร้างขึ้นโดยอิงแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟ่าเท่ากับ .97 ลักษณะของข้อความเป็นประโยคบอกเล่า เช่น การรับประทานอาหารตามเวลา การดื่มน้ำสะอาด การอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การออกกำลังกาย การรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีเวลาส่วนตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- 13
2. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14-22
3. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23– 26

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติสม่ำเสมอและปฏิบัติทุกครั้งที่เกิดขึ้น
 ปฏิบัติค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติสม่ำเสมอแต่ไม่ทุกครั้ง
 ปฏิบัติค่อนข้างน้อย หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือกระทำเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 4 คะแนน
 ปฏิบัติค่อนข้างมาก ให้คะแนน 3 คะแนน
 ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน
 ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง จะมีค่าอยู่ระหว่าง 26 – 104 คะแนน

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ไม่ดี

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดี

การกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนที่มากที่สุด ลบด้วยคะแนนน้อยที่สุด หาดด้วยจำนวนระดับ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 – 104 เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในภาพรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

คะแนน 26 – 52 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับไม่ค่อยดี
 คะแนน 53 – 72 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง
 คะแนน 73 – 104 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดี

สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ พิจารณากำหนดเกณฑ์เช่นเดียวกับเกณฑ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม

เกณฑ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (13 ข้อ)

คะแนน 13 – 26 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับไม่ค่อยดี

คะแนน 27 – 38 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 39 – 52 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

เกณฑ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (9 ข้อ)

คะแนน 9 – 18 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับไม่ค่อยดี

คะแนน 19 – 26 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 27 – 36 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

เกณฑ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (4 ข้อ)

คะแนน 4 – 8 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับไม่ค่อยดี

คะแนน 9 – 11 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 12 – 16 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงบางส่วนจากที่มีผู้พัฒนาไว้ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดนี้ไปตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ดูแล 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา 2 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา มีความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความ แล้วจึงนำแบบประเมินทั้ง 4 ชุดนี้ มาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ดังนี้

แบบสอบถามความวิตกกังวล มีค่า CVI = .95

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่า CVI = .89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI = 1.00

แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีค่า CVI = .77

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยดำเนินการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น = .91

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น = .89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น = .86

แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = .87

จากนั้นจึงนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

แบบสอบถามความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น = .90

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น = .87

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น = .90

แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = .89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล นำเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจอายุรศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด เก็บข้อมูลในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 15.00 น. และวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 16.00 – 20.00 น.
6. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำการหน่วยตรวจอายุรศาสตร์ในการคัดกรองผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจจากแพทย์ที่หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและแนะนำโครงการวิจัย เมื่อญาติสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
7. ผู้วิจัยดำเนินการ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ดูแล ในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่ได้รับคำตอบแทนใดๆทั้งสิ้น อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารคำอธิบายโครงการ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องตอบแบบทดสอบTMSE โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
8. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสะดวก โดยอาจเป็นช่วงก่อนหรือหลังจากเข้าพบแพทย์ หรือติดต่อเจ้าหน้าที่ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ดูแลสามารถพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันที และผู้ดูแลสามารถ

กลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งหลังจากเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วตามความสะดวกของผู้ดูแล

9. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสอบถามในส่วนที่เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บอกคำตอบ ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนคำตอบลงในแบบสอบถามเอง

10. ในระหว่างเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้

11. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลใดขาดหายไปหรือไม่ครบถ้วน จะขอความร่วมมือทำแบบสอบถามเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสนใจของผู้ดูแล

12. หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้วจะสอบถามความเต็มใจจากผู้ดูแลที่จะอนุญาตให้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยอีกครั้งและกล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์สถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการยื่นเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะตอบรับแล้วก็ตาม และหากเข้าร่วมในการวิจัยแล้วมีความต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที แม้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลบางส่วนไปแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) ขณะตอบแบบสอบถามหากผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมีข้อ

สงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะไม่มี การระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้นั้นจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม เท่านั้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามปัญหาและข้อตกลงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม ทางสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. คะแนนความวิตกกังวล คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ คะแนนการสนับสนุนทาง สังคม และคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์หาความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression)

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย แบบพหุคูณ (Multiple regression) (Polit & Beck, 2008) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้สถิติและค่าความคลาดเคลื่อนของการ สังเกต (Observed error)
 - 1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง หากตัวแปรอิสระมีค่า ไม่ต่อเนื่องให้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)
 - 1.2 ตรวจสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) ของตัว แปรแต่ละตัว
 - 1.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ทดสอบด้วย ภาพการกระจาย (Scatter plot) แต่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ด้วยกันไม่ควรสูงเกิน .80
 - 1.4 กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่เพียงพอ คือ ประมาณ 15-20 เท่าของ ตัวแปร

1.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error term, e) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ ทดสอบโดยใช้ normal probability plots

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษา ไม่พบปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ทดสอบโดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person' Product Moment Correlation)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation Predictive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 78 ราย เป็นญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ณ คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	45	57.7
	หญิง	33	42.3
อายุ	21 – 40 ปี	5	6.4
	41 – 60 ปี	9	11.5
	61 – 80 ปี	45	57.7
	> 80 ปี	19	24.4
	(Min-Max = 28-94 ปี, Mean = 70.63 ปี, S.D. = 14.50)		
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้ศึกษา	9	11.5
	ประถมศึกษา	26	33.3
	มัธยมศึกษา	16	20.5
	อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร	9	11.5
	ปริญญาตรี / เทียบเท่า	14	17.9
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	5.1
สถานภาพสมรส			
	โสด	4	5.1
	คู่	41	52.6
	หม้าย	31	39.7
	หย่า / แยก	2	2.6

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
≤ 1 ปี	18	23.1
> 1 - 5 ปี	40	51.3
> 5 - 10 ปี	14	17.9
> 10 ปีขึ้นไป	6	7.7
(Min-Max = 0.8-21 ปี, Mean = 4.18, S.D. = 4.61)		
ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย (Modified Barthel Index)		
พึ่งพาในระดับน้อย (12 คะแนนขึ้นไป)	64	82.0
พึ่งพาในระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	2	2.6
พึ่งพาในระดับมาก (5 - 8 คะแนน)	2	2.6
พึ่งพาทั้งหมด (0 - 4 คะแนน)	10	12.8
การวินิจฉัยโรค		
เส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน	68	87.2
เส้นเลือดในสมองแตก	10	12.8
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรงของผู้ป่วย		
ด้านซ้ายด้านเดียว	34	43.6
ด้านขวาด้านเดียว	40	51.3
ทั้งร่างกาย	4	5.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	2	2.6
มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	76	97.4
- ความดันโลหิตสูง	66	84.6
- ไขมันในเลือดสูง	55	70.5
- เบาหวาน	23	29.5
- โรคหัวใจ	14	17.9
- โรคอื่นๆ	21	26.9
สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	59	75.6
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	12	15.4
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7	9.0
บัตรประกันสังคม	0	0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 มีอายุเฉลี่ย 70.63 ปี (SD = 14.50) โดยช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 61-80 ปี ร้อยละ 57.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.6 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 87.2 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.18 ปี (SD = 4.61) ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.0 สภาพของร่างกายผู้ป่วยอ่อนแรงด้านขา ด้านเดียว ร้อยละ 51.3 อ่อนแรงด้านซ้ายด้านเดียว ร้อยละ 43.6 มีเพียงร้อยละ 5.1 ที่อ่อนแรงทั้งสองด้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 97.4 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.6 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 70.5 ผู้ป่วยใช้สิทธิข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 75.6

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		11	14.1
หญิง		67	85.9
อายุ			
21 – 40 ปี		16	20.5
41 – 60 ปี		43	55.1
61 – 80 ปี		19	24.4
(Min-Max = 25-74, Mean =51.69, S.D. = 11.06)			
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา		11	14.1
มัธยมศึกษา		12	15.4
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร		15	19.2
ปริญญาตรี / เทียบเท่า		32	41.0
สูงกว่าปริญญาตรี		8	10.3
อาชีพ			
ไม่ได้ทำงาน		31	39.7
รับจ้าง		14	17.9
เกษตรกรกรรม		4	5.1
ค้าขาย		13	16.7
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ		8	10.3
อื่นๆ		8	10.3

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	25	32.1
คู่	47	60.3
หม้าย	4	5.1
หย่า / แยก	2	2.6
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤ 10,000	5	6.4
10,001 – 25,000	20	25.7
25,001 – 50,000	32	41.0
50,001 – 75,000	5	6.4
75,001 – 100,000	10	12.8
> 100,001	6	7.7
(Min-Max = 7,000-300,000 บาท , Mean =52,076.92, S.D. = 51061.91)		
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	7	9.0
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	29	37.2
เพียงพอและเหลือเก็บบางส่วน	42	53.8

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีอายุเฉลี่ย 51.69 ปี (S.D. = 11.06) โดยช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 41-60 ปี ร้อยละ 55.1 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.7 มีรายได้ของครอบครัวในช่วง 25,001 – 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.0 ประเมินว่าตนเองมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บบางส่วน ร้อยละ 53.8 มีเพียงร้อยละ 9.0 ที่รายได้ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตนเองจากสมาชิกในครอบครัว		
ไม่ได้	31	39.7
ได้ (ตอบได้มากกว่า 1)	47	60.3
- เงิน	17	21.8
- สิ่งของ	13	16.7
- เงินและสิ่งของ	8	10.3
- อื่นๆ	9	11.5
หน้าที่อื่นนอกจากการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	18	23.1
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	60	76.9
- ประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว	32	53.3
- ทำงานบ้าน	22	36.7
- ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว	10	16.7
- เรียนหนังสือ	1	1.7
ความสัมพันธ์		
สามี	3	3.8
ภรรยา	19	24.4
บุตร	43	55.1
พี่ / น้อง, หลาน	7	8.9
มารดา	2	2.6
อื่นๆ	4	5.1

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่รับเป็นผู้ดูแลหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีเวลาและสะดวกที่จะดูแลผู้ป่วย	69	88.5
เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง	68	87.2
เป็นผู้ใกล้ชิด รู้ใจ รู้ความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด	59	75.6
ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน	50	64.1
เป็นความต้องการของผู้ป่วย	47	60.3
เป็นการตอบแทนบุญคุณ	47	60.3
ได้รับมอบหมายจากสมาชิกในครอบครัว	41	52.6
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
≤ 1 ปี	25	32.1
>1-5 ปี	33	42.3
>5-10 ปี	15	19.2
> 10 ปี	5	6.4
(Min-Max = .08- 20 ปี, Mean = 3.87, S.D. = 4.41)		
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน		
≤ 5 ชั่วโมง	33	42.3
> 5-10 ชั่วโมง	23	29.5
> 10-15 ชั่วโมง	13	16.7
> 15-20 ชั่วโมง	7	8.9
> 20 ชั่วโมง	2	2.6
(Min-Max = 1 – 24, Mean = 8.19, S.D. = 5.3)		

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยในการดูแล		
ไม่มี	26	33.3
1 คน	30	38.5
2 คน	15	19.2
≥ 3 คน	7	8.9
สุขภาพโดยรวมก่อนทำหน้าที่ผู้ดูแล		
ดีเยี่ยม	3	3.8
ดีมาก	14	17.9
ดี	37	47.4
ปานกลาง	21	26.9
ไม่ดี	3	3.8
ไม่ดีมาก	-	-
โรคประจำตัวก่อนทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	37	47.4
มี	41	52.6
- ความดันโลหิตสูง	24	30.8
- ไขมันในเลือดสูง	12	15.4
- โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ	11	14.1
- เบาหวาน	9	11.5
- โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	4	5.1
- โรคภูมิแพ้	3	3.8
- โรคเกี่ยวกับหัวใจ	2	2.6
- โรคเกี่ยวกับต่อมธัยรอยด์	2	2.6
- อื่นๆ	4	5.1

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วย		
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	41	52.6
มีอาการเจ็บป่วย	37	47.4
- ปวดตามร่างกาย	21	56.8
- นอนไม่หลับ	14	37.8
- ปวดศีรษะ / ไมเกรน	7	18.9
- ไข้หวัด / ภูมิแพ้	3	8.1
- ชาตามแขน – ขา	2	5.4
- อื่นๆ (พาร์กินสัน, นิ้วในไต, เวียนศีรษะ, ใจสั่น)	4	10.8
สุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน		
ดีเยี่ยม	1	1.3
ดีมาก	11	14.1
ดี	24	30.8
ปานกลาง	35	44.9
ไม่ดี	5	6.4
ไม่ดีมาก	2	2.6
สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	42.3
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	16	20.5
บัตรประกันสังคม	16	20.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12	15.4

จากตารางที่ 4.3 ในส่วนของการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลตนเองของผู้ดูแลพบว่า ร้อยละ 39.7 ไม่ได้รับการช่วยเหลือ รองลงมาได้รับการช่วยเหลือเป็นเงิน ร้อยละ 21.8 นอกจากนี้หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลยังมีหน้าที่อื่นๆอีก ร้อยละ 76.9 ได้แก่ ประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว, ทำงานบ้าน, ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 55.1 รองลงมาเป็นภรรยา ร้อยละ 24.4 เหตุผลที่รับเป็นผู้ดูแล คือ มีเวลาและสะดวกที่จะดูแลผู้ป่วย และถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ร้อยละ 88.5 และ 87.2 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.87 ปี (S.D. = 4.41) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวันโดยเฉลี่ย 8.9 ชั่วโมง (S.D. = 5.3) มีผู้ช่วยในการดูแลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ร้อยละ 66.7

ด้านสุขภาพพบว่า สุขภาพโดยรวมก่อนมาทำหน้าที่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับดีขึ้น ร้อยละ 69.1 โดยมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ร้อยละ 52.6 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.8 เมื่อรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้วพบว่ามีอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 47.4 ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดแขน ร้อยละ 56.8 ส่วนสุขภาพโดยรวมในปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 42.3

4.2 ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.4 แสดงช่วงคะแนน จำนวนคน และร้อยละของระดับของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 78)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible score	Actual score	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความวิตกกังวล				
ไม่มีความวิตกกังวล	20	20	1	1.3
ความวิตกกังวลน้อย	21 – 40	21 - 40	45	57.7
ความวิตกกังวลปานกลาง	41 - 60	41 - 58	32	41.0
ความวิตกกังวลสูง	61 - 80	-	-	-
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ				
การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี	27 - 53	-	-	-
การรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้	54 - 80	70 - 80	14	17.9
การรับรู้ภาวะสุขภาพดี	81 - 107	81 - 106	56	71.8
การรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก	108 - 135	108 - 123	8	10.3
ระดับการสนับสนุนทางสังคม				
การสนับสนุนทางสังคมน้อย	1.00 – 2.33	1.90	1	1.3
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	2.34 – 3.67	2.35 – 3.65	47	60.3
การสนับสนุนทางสังคมมาก	3.68 – 5.00	3.70 – 5.00	30	38.5
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง				
พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี	26 - 52	-	-	-
พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง	53 - 72	57 - 72	8	10.3
พฤติกรรมการดูแลตนเองดี	73 - 104	73 - 104	70	89.7

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนของความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 57.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.0 มีผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลเพียงร้อยละ 1.3 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของความวิตกกังวลในระดับสูง ส่วนคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.8 รองลงมา มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 17.9 และมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 10.3 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.3

ตารางที่ 4.5 แสดงคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible Score	Min	Max	Mean	S.D.
ความวิตกกังวล	20 - 80	20	58	38.36	8.91
การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน (ด้านละ 3 ข้อ)					
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	3 - 15	5	15	11.41	2.57
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	3 - 15	4	14	9.73	2.44
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเทียบกับผู้อื่น	3 - 15	4	15	9.98	2.16
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต	3 - 15	5	14	9.74	1.73
ความสนใจสุขภาพ	3 - 15	4	15	9.81	2.90
ความตระหนักในสุขภาพ	3 - 15	8	15	12.45	1.68
ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	3 - 15	7	15	11.08	1.79
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	3 - 15	7	15	11.95	1.37
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3 - 15	3	14	7.64	2.31
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	27 - 135	70	123	93.80	11.90
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (ด้านละ 5 ข้อ)					
ด้านอารมณ์	1 - 5	2.6	5	3.83	0.64
ด้านการประเมิน	1 - 5	1.0	5	3.47	0.75
ด้านข้อมูล	1 - 5	1.6	5	3.49	0.72
ด้านทรัพยากร	1 - 5	1.6	5	3.24	0.79
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1 - 5	1.9	5	3.50	0.59
พฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน					
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (13 ข้อ)	13 - 52	23	52	40.74	6.45
ตามระยะพัฒนาการ (6 ข้อ)	9 - 36	23	36	31.13	3.94
ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (4 ข้อ)	4 - 16	8	16	13.82	2.40
พฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม	26-104	57	104	85.69	10.94

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลไม่ถึงครึ่งหนึ่งของช่วงคะแนนเต็ม คือได้เท่ากับ 38.36 แสดงว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม พบว่า มีค่าเท่ากับ 93.80 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต, ในปัจจุบัน, ในปัจจุบันเมื่อเทียบกับผู้อื่น, ในอนาคต, ด้านความสนใจสุขภาพ ด้านความตระหนักในสุขภาพ, ด้านความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย นั้น มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านมากกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงคะแนนเต็มเช่นกัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.41, 9.73, 9.98, 9.74, 9.81, 12.45, 11.08, และ 11.95 ตามลำดับ) มีเพียงด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงคะแนนเต็ม คือได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.64 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.50 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี และเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์, ด้านการประเมิน, ด้านข้อมูล, และด้านทรัพยากร พบว่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านได้มากกว่าครึ่งหนึ่งจากช่วงคะแนนเต็มเช่นกัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83, 3.47, 3.49, และ 3.24 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสนับสนุนในแต่ละด้านอยู่ในระดับดีเช่นกัน

ส่วนผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 73.97 รองลงมาคือ เพื่อน ร้อยละ 27.05 โดยได้รับจากพยาบาลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.85 และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดในทุกด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์, ด้านการประเมิน, ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร (ร้อยละ 88.46, 72.87, 60.00, และ 74.36 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเพื่อน เป็นเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากรองลงมาจากสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์, ด้านการประเมิน และด้านข้อมูล (ร้อยละ 26.92, 43.08, และ 27.18 ตามลำดับ) ส่วนด้านทรัพยากร พบว่ากลุ่มญาติ เป็นผู้ให้การสนับสนุนรองลงมา (ร้อยละ 13.84) (ภาคผนวก ฉ)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความวิตกกังวล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	การสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ความวิตกกังวล	1.000			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.566**	1.000		
การสนับสนุนทางสังคม	-.115	.293*	1.000	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	-.477**	.579**	.348**	1.000

** p-value < .01

จากตารางที่ 4.6 พบว่า แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .579$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.477$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .348$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .579, p < .01$) รองลงมา คือ ความวิตกกังวล ($r = -.477, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .348, p < .01$)

4.4 การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ของ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ตัวแปร	R	R ²	R ² Adjust	Std.error	F	Sig
ความวิตกกังวล						
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.638	.407	.383	8.869	16.953	.000
การสนับสนุนทางสังคม						

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .407$, $F = 16.953$, $p < .001$)

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความถดถอยของสมการของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 78)

ตัวแปรทำนาย	b	Std. error	β	t	Sig
Constant	47.997	13.771		3.485**	.001
ความวิตกกังวล	-.297	.138	-.234	-2.155*	.034
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.366	.107	.386	3.412**	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.198	.090	.208	2.213*	.030

* p-value < .05, ** p-value < .01

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) ของตัวแปรแต่ละตัวในสมการ เกี่ยวกับความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.382 ($p < .01$) รองลงมา คือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ -0.234 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ 0.208 ($p < .05$)



บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlation predictive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 78 ราย เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ณ คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ โรงพยาบาลศิริราช โดยนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีช่วงอายุระหว่าง 41- 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 51.69 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.3 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 55.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นบุตร หรือคู่สมรส (อรศิริปี ชื่นกุล, 2542; กรรณิกา คงหอม, 2546; พารุณี เกตุกราย, 2550; พราวงาม สวนจันทร์, 2550; ทิวาวรรณ เกื้อนยัง, 2554; ประกอบพร ทิมทอง, 2550) เนื่องจากในสังคมไทย เพศหญิงมักถูกคาดหวังว่าเป็นเพศรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องทดแทนพระคุณบิดามารดาโดยให้การดูแล เพื่อแสดงความกตัญญูกตเวที (Boonchalaksi, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้ดูแลในการศึกษานี้ระบุว่า เพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงและเป็นการตอบแทนบุญคุณ ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 51.3 คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Muangpaisan et al, 2010) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าร้อยละ 55.0 อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวง มีโอกาสทางการศึกษามากกว่า ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาในต่างจังหวัด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษา (ธัญญาภรณ์ คาวานพแก้ว, 2547; ทิวาพรรณ เกื้อนยัง, 2554; ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวค่อนข้างสูง คือ รายได้มากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 67.9 ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในปีพ.ศ. 2552 เท่ากับ 37,732 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ประกอบกับสถานที่เก็บข้อมูลเป็นคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ซึ่งกลุ่มผู้ให้บริการเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงพอที่จะเสียค่าบริการพิเศษรวมอยู่ด้วย จึงจัดได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีรายได้ดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิของข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

ในส่วนของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.87 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.3 และมีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พราวงาม สวนจันทร์ (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.8 และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยวันละ 7-10 ชั่วโมง อาจเนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับการพึ่งพายุในระดับน้อย ร้อยละ 82.1 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 66.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (2550) และ ทิวาพรรณ เกื้อนยัง (2554) ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 74.7 และ 75.30 ตามลำดับ ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา มีเวลาเป็นของตนเองมากขึ้น

ด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมก่อนทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยว่ามีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 69.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.6 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 47.4 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า หลังจากรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ร้อยละ 41.8 - 43.3 (วรารักษ์ จิธานนท์, 2547; พราวงาม สวนจันทร์, 2550) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพามากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นถึงร้อยละ 70.9 - 100 (Srithares, 2003); Meesuk, 2005) โดยทุกการศึกษาพบว่า อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเป็นการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 มีอายุเฉลี่ย 70.63 ปี และอยู่ในวัย 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 82.1 และส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 87.2 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน

ปีพ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.27 : 1 และพบสูงสุดในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป ในอัตราป่วย 267.63 ต่อประชากรแสนคน และส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมากกว่าร้อยละ 75 (อมรา ทองหงษ์และคณะ, 2555) โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.18 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาในระดับน้อย ร้อยละ 82.0 หมายถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วม ร้อยละ 97.4 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 84.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญาภรณ์ ดาวน์พเก้ (2547) และวิไลพร ศรีธเรศ (Srithares, 2003) ที่พบว่าโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบร้อยละ 73.0 และ 74.6 ตามลำดับ

5.2 ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

5.2.1 ความวิตกกังวล

ในการศึกษารั้วนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับน้อยถึงปานกลาง และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Blake และคณะ (2003) ที่ทำการศึกษความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สมรสที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้สมรสประเมินว่าตนเองมีความวิตกกังวล ร้อยละ 78 นอกจากนี้การศึกษาของ Greenwood & Mackenzie (2009) ที่ทำการศึกษความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพักฟื้น พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแล (51.1%) มีความวิตกกังวลในระดับน้อยเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลมีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับน้อย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลในแต่ละวันไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก อีกทั้งมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยด้วย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งมีประสบการณ์ในชีวิตมาก สามารถที่จะเผชิญปัญหา เรียนรู้ ตัดสินใจและมีแนวทางแก้ไขปัญหาคู่เหมาะสม (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) อาจทำให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 51.3 นำที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถแสวงหาข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์และทำความเข้าใจ เพื่อนำไปปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เหมาะสม (Orem, 1991) จึงทำให้มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะ

สมองเสื่อมที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sanson, Vellone, & Piras, 2004)

ยิ่งกว่านั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวสูงและเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่าย ซึ่งฐานะทางการเงินของครอบครัวผู้ดูแลถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น แสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ได้โดยไม่เกิดความวิตกกังวล (Hileman, Lackey & Hassanien, 1992) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 3.87 ปี ซึ่งอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน รับรู้อาการต่างๆของโรคมมากขึ้น ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ดูแลที่ประสบปัญหาเดียวกัน ได้ซักถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลน้อยลงได้ (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540)

5.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษารุ่นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณามีสุข (Meesuk, 2005) และประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี

เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความตระหนักในสุขภาพมากที่สุด โดยมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยมีคะแนนอยู่ในระดับดี ซึ่งจากการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 52.6 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง น่าที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเกี่ยวกับปัญหาหรืออาการต่างๆเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานพอสมควร ทำให้เกิดประสบการณ์สะสมจากการที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ได้ฟังคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์ ได้พูดคุยกับผู้ดูแลอื่นๆ และพบเห็นผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่จะมีความพิการหรือมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลตระหนักและเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งการศึกษาของพินทอง รัตนภูษงค์ (2550) ที่ศึกษาในบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความตระหนักและใส่ใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพค่อนข้างดี จากการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรค อาการผิดปกติ หรืออันตรายที่เกิดจากโรคนั้น ส่งผลให้เกิดความกลัวและต้องการหลีกเลี่ยงอันตรายดังกล่าว ทำให้ต้องใส่ใจและสังเกตตัวเองมากขึ้น และมีการรับรู้ว่าจะไม่ระมัดระวังปล่อยปละให้มี

อาการรุนแรง อาจเป็นอันตรายและคุกคามชีวิตของตนเองได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งทำให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความสนใจถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง ทำให้ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้อง (เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง, 2549) อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดนั้น กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าหากตนเองมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ ก็ยังไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีภาระต้องทำงานเลี้ยงครอบครัวรวมทั้งต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ที่จะทำให้เสียเวลาในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งอาจเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ต้องการทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) และ ทิววรรณ เกื่อนยัง (2554) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ไปตรวจรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเพราะคิดว่าไม่เป็นปัญหา และไม่มีเวลา เพราะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย

5.2.3 การสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิววรรณ เกื่อนยัง (2554) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ส่วนด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ธัญญาภรณ์ ดานพแก้ว, 2547; ทิววรรณ เกื่อนยัง, 2554) และผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (ชนัญชิตา โพธิประสาท, 2547) ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับส่วนเป็นกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง บิดามารดา หรือบุตร ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยมีความผูกพัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหมู่เครือญาติ (สุพัตรา สุภาพ, 2543) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใยจากคู่สมรสและบุตร รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่ให้ความสำคัญ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพียงพอ

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลค่อนข้างน้อย ยกเว้นในเรื่องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย คล้ายคลึงกับการศึกษาของชนัญชิตา โพธิประสาท (2547) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ศีรษะ ประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลเป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมาก แพทย์ที่ออกตรวจมีจำนวนน้อย ทำให้ช่วงเวลาในการให้บริการค่อนข้างเร่งรีบ อีกทั้งในการให้บริการแพทย์และพยาบาลมักมุ่งเน้นที่ตัวโรคและอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบกับหน่วยตรวจไม่มีพยาบาลอยู่ประจำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากรจากแพทย์และพยาบาลค่อนข้างน้อย

5.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีระดับคะแนนสูงสุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 52.6 โรคที่พบส่วนใหญ่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก เบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพินทอง รัตนกุชงค์ (2550) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าบุคคลมีการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น มีการไปพบแพทย์ และรับยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 51.3 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 91 ซึ่ง Orem ให้ความเห็นว่าระดับการศึกษาเป็นส่วนที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง และรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะส่งผลต่อการเลือกวิธีการดูแลตนเอง (Orem, 2001) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 60.3 และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 66.7 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อรินทร์

จรรยาสิทธิ์, 2554) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง(พวงแก้ว แสนคำ, 2549) และผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (พารุณี เกตุกราย, 2550)

5.3 สมมติฐานการวิจัย

5.3.1 อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 40.7 ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β Coefficient) มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.382 ($p < .01$) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ -0.234 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.208 ($p < .05$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ -.234 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลสูงขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง และถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง (Shewchuk, 1998) พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่ออาการทางกายภาพของผู้ดูแลและเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงอาการทางด้านร่างกายในระยะแรกของผู้ดูแล และการศึกษาของ Connell (1994) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ การศึกษาของ ฟินทอง รัตนภูษงค์ (2550) ยังพบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเรื้อรังอีกด้วย เนื่องจากความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่ง Orem เชื่อว่า จะส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ และการจดจำ ทำ

ให้มีผลกระทบต่อโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง (Orem, 1991)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .386 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และ Chen (2002) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลสูงอายุที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (อัมพร จันทรดา, 2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่ง Orem เชื่อว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลมีความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลมีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งหากประเมินภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริงก็จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Orem, 1991)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .208 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Orem ที่มองว่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับมาจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคลากรทางทีมสุขภาพ ซึ่งการได้รับความรัก การยกย่อง การห่วงใย การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินทอง ตลอดจนการให้เวลาเพื่อช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าของตัวเอง ช่วยให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิวาวรรณ เกื้อนยัง (2554) และ Tang & Chen (2002) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท(ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อินทกานต์ กุลไวย (2552) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอต่อความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีตามมา และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Orem และคณะ (2001) ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ณ คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการระบบประสาท และสมองผู้ใหญ่ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งเครื่องมือทั้ง 5 ชุดนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง เท่ากับ 0.91, 0.87, 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.87, 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดโดย Pearson Product Moment Correlation และ อำนาจในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (enter multiple regression analysis)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี อายุเฉลี่ย 51.69 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.3 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 50.3 ประกอบอาชีพนอกบ้าน โดยมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวก่อนข้างสูงคือ รายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.9 ใช้สิทธิของข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นเงินและ/หรือ สิ่งของ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.87 ปี จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมงต่อวัน มีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 66.7 ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมก่อนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 69.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.6 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง และมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 47.4 อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ ปวดตามร่างกาย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 อายุเฉลี่ย 70.63 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 87.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.18 ปี ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.0 มีส่วนของร่างกายที่อ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 94.9 และมีโรคร่วม ร้อยละ 97.4 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ($\bar{X}$ = 84.69, S.D. = 11.29)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ถึงระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 38.36, S.D. = 8.91) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($\bar{X}$ = 93.80, S.D. = 11.90) โดยความตระหนักในสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 12.45, S.D. = 1.68) และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 7.64, S.D. = 2.31) ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.51, S.D. = 0.59) โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.64) จากสมาชิกในครอบครัว รองลงมา คือ ด้านข้อมูลด้านการประเมินและด้านทรัพยากร ซึ่งมีคะแนนใกล้เคียงกัน ($\bar{X}$ = 3.49, S.D. = 0.72 ; 3.47, S.D. = 0.75 และ 3.24, S.D. = 0.79 ตามลำดับ)

ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .407$, $F=16.953$, $p < .001$) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.382 ($p < .01$) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ -0.234 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.208 ($p < .05$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมต่อไป
2. ควรหาแนวทางในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือคำแนะนำต่างๆ ที่จำเป็นและมีประโยชน์ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ช่วยลดความวิตกกังวล และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะแตกต่างกันในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย บริบทที่ให้บริการที่ต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ดูแลในแต่ละบริบทได้มากยิ่งขึ้น
3. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

THE INFLUENCE OF ANXIETY, PERCEIVED HEALTH STATUS AND SOCIAL
SUPPORT ON SELF-CARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

รัชนิพร ภัทรปกรณ์ 5337936 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จงจิต เสน่หา, Ph.D. (NURSING), วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช
Ph.D. (NEUROSCIENCES), ชงชัย นิละนนท์, พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2544 – 2553 พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 115.33 ต่อประชากร 100,000คน ในพ.ศ.2544 เป็น 307.93 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ.2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดความพิการกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 (Teel, Duncan & Lai, 2001) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551; Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis & Chadwick, 2002)

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานหนักและยุ่งยากซับซ้อน ต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) ผู้ดูแลต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การดูแลระดับประคองจิตใจ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และการติดตามผลการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ (อรุณญา ไพรวลัย, 2551) ทำให้บทบาทหน้าที่และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Enterlante & Kern, 1995) ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว

(พารุณี เกตุกราย, 2550) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม (ศิริพันธ์ุ สาสัถย์, 2551) ผลกระทบทางร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 72 มีปัญหาสุขภาพภายหลังเป็นผู้ดูแล โดยมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 21 และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 53 (Meesuk, 2005) อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ (White, Mayo, Hanley & Wood-Dauphinee, 2003) ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 49.1 ของผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต (วารารณ จิธานนท์, 2547) อีกทั้งเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด สับสน และวิตกกังวล (Sit, Wong, Clinton, Li & Fong, 2004) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ การเงินของครอบครัวตามมา (ศิริพันธ์ุ สาสัถย์, 2551) อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวลดลง และเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ (พารุณี เกตุกราย, 2550)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสภาพเป็น Hidden patient (Farren, Loukissa, Perraud & Paun, 2004; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลจะมีสุขภาพที่ดีมาน้อยเพียงใด ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้ดูแลควรจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและถูกต้อง Orem (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย (สุคศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี จะสามารถทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี (พราราม สอนจันทร์, 2550)

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองโดยสอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน แต่จากภาระและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลงในแต่ละวัน หรือลืมที่จะสนใจตนเอง (สุคศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำงานนอกบ้านมีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (พารุณี เกตุกราย, 2550) ผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับน้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; Natechang, 2002) และไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะดูแลตนเองได้นั้น มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาดังกล่าวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ซึ่งบริบทของผู้ดูแลจะแตกต่างจากผู้ป่วยคือ

ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบต่างๆ แล้ว ยังต้องดูแลตนเองอีกทั้งยังมีภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลมากเกินไปจะมีผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลขาดความรู้ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Connell, 1994) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิดและความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะร่างกาย จำเป็นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างถูกต้องเสียก่อน เพื่อที่จะคาดการณ์เหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความรับผิดชอบและต่อเนื่อง (Orem, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และ Chen (2002) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกระทำบทบาททั้งในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองไปพร้อมๆ กันนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจและได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิววรรณ เกื้อนยัง (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาน่าจะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมผู้ดูแล

ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation Predictive research) ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ณ คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ ดิถีผู้ป่วยนอก ชั้น 2 หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายนี้เป็นรายแรก ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และมีการรับรู้สถิติสัมพัทธ์สมบูรณ์ โดยมีค่า $TMSE \geq 23$ คะแนน และสื่อสารภาษาไทยได้ โดยเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2555 – มกราคม 2556 และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ระยะเวลาเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคร่วมสภาพของร่างกายที่อ่อนแรง สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย ตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส คะแนนทดสอบสภาพสมอง (TMSE) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เหตุผลในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยภายหลังทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (State anxiety : form Y-I) เป็นแบบสอบถามส่วนที่หนึ่งของ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) สร้างขึ้นและปรับปรุงโดย Spielberger และคณะ (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการ Back Translation โดย สุทิศา เรืองรัมย์ (2554) มีข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความวิตกกังวลมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดยกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2544) โดยใช้แนวคิดพื้นฐานเชิงทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพของคนอเมริกันของ Brook และคณะ (1979) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 7 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต, ในปัจจุบัน, ในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น, ในอนาคต, ความสนใจสุขภาพ, ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ, ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย, การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง

27 – 135 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี ใน การศึกษาครั้งนี้มีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ที่สร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของ House (House, 1981 cited in House, & Kahn, 1985) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็น การประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน อารมณ์, ด้านการประเมิน, ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร ลักษณะของข้อคำถามเกี่ยวกับการที่กลุ่ม ตัวอย่างได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังกล่าวมาน้อยเพียงใด และผู้ให้การ สนับสนุนเป็นใครบ้าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี เกตุราย (2550) ที่สร้าง ขึ้นโดยอิงแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีจำนวน 26 ข้อ แบ่งพฤติกรรมการดูแล ตนเองออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป, การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 26 – 104 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดี ใน การศึกษาครั้งนี้มีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว และได้รับอนุมัติจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แผนกอายุรศาสตร์ และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ กำหนด เมื่อผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วพยาบาลจึงแนะนำให้พบผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ในการวิจัย จึงให้ลงรายชื่อไว้แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

ตนเองทั้งหมด ที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกแผนกอายุรศาสตร์ และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นวิเคราะห์หาอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี อายุเฉลี่ย 51.69 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 50.3 ประกอบอาชีพนอกบ้าน โดยมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวค่อนข้างสูง คือ รายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.9 ใช้สิทธิของข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นเงินและ/หรือ สิ่งของ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.87 ปี จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมงต่อวัน มีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 66.7 ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมก่อนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีขึ้น ร้อยละ 69.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.6 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง และมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 47.4 อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ ปวดตามร่างกาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 มีอายุเฉลี่ย 70.63 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 87.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย

เฉลี่ย 4.18 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาในระดับน้อย ร้อยละ 82.0 มีส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง ครึ่งซีก ร้อยละ 94.9 และมีโรคร่วม ร้อย 97.4 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง

2. ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 38.36 (S.D. = 8.91) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนของความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของความวิตกกังวลในระดับสูง

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 93.80 (S.D. = 11.90) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.8 รองลงมามีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 17.9 และมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 10.3

2.3 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.51 (S.D. = 0.59) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 มีเพียง ร้อยละ 1.3 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 85.69 (S.D. = 10.94) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.7 รองลงมาอยู่ในปานกลาง ร้อยละ 10.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.477$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .579$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .348$, $p < .01$)

4. การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่าความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .407$, $F = 16.953$, $p < .001$)

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) ของตัวแปรแต่ละตัวในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.382 ($p < .01$) รองลงมา คือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ -0.234 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ 0.208 ($p < .05$)

การอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ถึงระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยมานาน เฉลี่ยประมาณ 3.87 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รับรู้อาการต่างๆของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ได้ซักถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลน้อยลงได้ ประกอบกับผู้ป่วยที่ดูแลมีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับน้อย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลในแต่ละวันไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก อีกทั้งยังมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งฐานะทางการเงินของครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของตัวเองและครอบครัวได้โดยไม่เกิดความวิตกกังวล (Hileman, Lackey&Hassanien, 1992) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป น่าที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในชีวิตมาก และมีความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถแสวงหาข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์และทำความเข้าใจ เพื่อนำไปปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เหมาะสม (Orem, 1991)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในด้านความตระหนักในสุขภาพ และเข้าใจในความรุนแรงของการเจ็บป่วยของตนเอง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 52.6 ทำให้มีความสนใจเกี่ยวกับปัญหาหรืออาการต่างๆเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ นอกจากนี้การที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดประสบการณ์สะสมจากการที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้ฟังคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ได้พบเห็นพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอื่นๆ ซึ่งการศึกษานี้เก็บข้อมูลในคลินิกโรคระบบประสาทและคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผู้ป่วยประเภทเดียวกันที่มีความพิการหรือมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาในระดับตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป ซึ่งจะมีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ สามารถแสวงหาข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์กับสุขภาพ และมีความเข้าใจถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง ทำให้ตัดสินใจในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้อง

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ส่วนด้านข้อมูล ด้านการประเมินและด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือเพื่อน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ทำให้รับรู้ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆเพียงพอจากคู่สมรสและบุตร รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่ให้อำลัใจ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลค่อนข้างน้อย ยกเว้นในเรื่องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย อาจเนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลเป็นเพียงหน่วยตรวจ ซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมาก แพทย์ที่ออกตรวจมีจำนวนน้อย ทำให้ช่วงเวลาในการให้บริการค่อนข้างเร่งรีบ อีกทั้งในการให้บริการแพทย์และพยาบาลมักมุ่งเน้นที่ตัวโรคและอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบกับหน่วยตรวจไม่มีพยาบาลอยู่ประจำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากรจากแพทย์และพยาบาลค่อนข้างน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพเองทั้งในด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทั่วไป การดูแลสุขภาพตามระยะพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีระดับคะแนนสูงสุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการไปพบแพทย์และรับยาอย่างสม่ำเสมอ การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูง และมีรายได้เพียงพอ กับรายจ่าย รวมทั้งยังได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาพักผ่อน หรือมีเวลาเป็นของตนเองมากขึ้น ได้ออกกำลังกาย ได้ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น ได้ปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยด้วย

จากผลการศึกษา ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .01$) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r = .579$) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล ($r = -.477$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .348$)

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นต้นเดียว (Enter multiple regression) พบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .407$, $F = 16.953$, $p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) ของตัวแปรแต่ละตัวในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.382 ($p < .01$) รองลงมา คือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ -0.234 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.208 ($p < .05$)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.477$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -.234 สามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลสูงขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมการ自我ดูแลตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ กล่าวคือ การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการ自我ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Connell, 1994) นอกจากนี้ การศึกษาของ ฟินทอง รัตนภูษงค์ (2550) ยังพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการ自我ดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเรื้อรังอีกด้วย เนื่องจากความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการ自我ดูแลตนเอง ถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับสูง จะส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ และการจดจำ ทำให้มีผลกระทบต่อโครงสร้างของความสามารถในการ自我ดูแลตนเอง และส่งผลต่อพฤติกรรมการ自我ดูแลตนเองลดลง (Orem, 1991)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .579$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .386 สามารถทำนายพฤติกรรมการ自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการ自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Tang & Chen, 2002) และผู้ดูแลสูงอายุ (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง Orem เชื่อว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลมีความคิด

ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลมีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งหากประเมินภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริงก็จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Orem, 1991)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .348, p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .208 สามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Orem ที่มองว่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการ自我ดูแลตนเอง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการ自我ดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับมาจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคลากรทางทีมสุขภาพ ซึ่งการได้รับความรัก การยกย่อง การห่วงใย การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินทอง ตลอดจนการให้เวลาเพื่อช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าของตัวเอง ช่วยให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตนในการ自我ดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิววรรณ เกื่อนยัง (2554) และ Tang & Chen (2002) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อินทุกานต์ กุลไวย (2552) ที่ศึกษาความสามารถในการ自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอต่อความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการ自我ดูแลตนเองที่ดีตามมา และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการ自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรมีการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรหาแนวทางในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือคำแนะนำต่างๆที่จำเป็นและมีประโยชน์ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ช่วยลดความวิตกกังวล และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะแตกต่างกันในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย บริบทที่ให้บริการที่ต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ดูแลในแต่ละบริบทได้มากยิ่งขึ้น
3. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

THE INFLUENCE OF ANXIETY, PERCEIVED HEALTH STATUS AND SOCIAL SUPPORT ON SELF-CARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

RACHANEEPORN PATTHARAPAKORN 5337936 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHONGJIT SANEHA, Ph.D. (NURSING),
WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D. (NEUROSCIENCES),
YONGCHAI NILANONT, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Cerebrovascular disease, or what is commonly called “stroke”, is a frequently encountered disorder of the nervous system. According to public health statistics for 2001-2010, the rate of in-patients with cerebrovascular disease in Thailand increased from 115.33 per population of 100,000 persons in 2001 to 307.93 per population of 100,000 persons in 2010 (Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2011). The impact of the illness results in disabilities for 75 percent of these patients (Teel, Duncan & Lai, 2001). Thus, the functional ability of patients diminishes and they are unable to perform self-care in response to basic needs. Consequently, these patients have a necessity to rely heavily on other people for care. Most caregivers are family members, namely, spouses, children, parents, siblings and other relatives (Siripan Sasad, 2008; Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis & Chadwick, 2002).

The care of stroke patients involves heavy and complex work requiring continuous care over a long period of time (Aarin Jarunsit, 2011). Caregivers have to provide care in daily activities, helping with physical recovery, prevention and correction of complications, psychological care, taking patients to see doctors and

period cally following-up on recovery outcomes (Aranya Praiwan, 2008) changing duties and lifestyle plans of caregivers (Enterlante & Kern, 1995) in terms of self-care, time management, duties, socialization, private time (Parunee Ketkrai, 2007) leading to direct physical, psychological, economic and social impacts on caregivers (Siripan Sasat, 2008). Concerning physical impacts, all caregivers of stroke patients are found to have health problems after becoming caregivers and composed of fatigue (21%), muscle pain (53%) (Meesuk, 2005), weakness, headaches, joint pain and insomnia (White, Mayo, Hanley & Wood-Dauphinee, 2003). With regard to psychological impacts, 49.1% of caregivers were psychological distress (Varaporn Jithanonda, 2004), with feelings of being burdens, stress, depression, irritation, confusion and anxiety (Sit, Wong, Clinton, Li & Fong, 2004). Regarding economic and social impacts, some caregivers have been found to have to quit working or resigned from regular jobs to provide care for patients, thereby causing families too lose income and suffer economic and financial problems (Siripan Sasat, 2008). Families have been found to have less private time and conflicts with other family members (Parunee Ketkrai, 2007).

The aforementioned impacts caused caregivers in families to become hidden patients (Farren, Loukissa, Perraud & Paun, 2004; Duangrat Saetiao, 2003) with impacts on caregivers' health. A significant factor affecting caregivers' health is good and accurate self-care behavior. Orem (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) stated that self-care is the performance of activities initiated and performed with the purpose and intention of maintaining good health and livelihood. Caregivers' health is a significant factor contributing to the care of patients (Sudsiri Hiranchunha, 1998). Poor caregiver health results in reduced ability to provide care for patients with impacts on the health of cerebrovascular disease patients (Praongam Suangjan, 2007).

Therefore, it is essential that caregivers take care of their own health and integrate self-care activities as part of daily routines. However, increased burdens, roles, duties and responsibilities cause caregivers to have less time for self-care or forget to pay attention to themselves (Sudsiri Hiranchunha, 1998). According to the literature review, caregivers who work outside the home have moderate self-care (Parunee Ketkrai, 2007). Caregivers were found to have not eaten all three meals, not eat on time, not exercise, sleep for less than eight hours per day, have less time for

participating in social activities (Nantaporn Srinim, 2002; Sasitorn Changsuwan, 2005; Natechang, 2002) and do not go to see doctors when caregivers have symptoms of illness (Surirat Chuangsawatsak, 1998). Many factors are involved in better self-care among the caregivers of stroke patients.

The literature review in Thailand found studies on the factors influencing the self-care behaviors of caregivers of stroke patients to be limited with most studies of self-care behaviors being conducted in patients and caregivers of patients with various diseases. Caregivers have different environments from patients in that caregivers have to assume roles, duties and responsibilities along with self-care and burdens in providing care for patients. According to a review of studies regarding the factors influencing self-care behaviors among caregivers of patients with various diseases, the factors correlated with self-care behaviors were found to be anxiety, perceived health and social support.

Anxiety is a factor with potential influence on self-care behaviors in caregivers of stroke patients. Caregivers with excessive anxiety affect perception, thinking and learning; hence, caregivers have deficient knowledge, insufficient access to information on performing self-care and patient care activities. The study of caregivers of alzheimer patients (Connell, 1994) who found anxiety to be negative correlated with self-care of caregivers.

Perceived health status is the awareness and understanding or beliefs of caregivers of stroke patients towards caregivers' own health conditions. Caregivers will have self-care behaviors as suitable and consistent with their physical conditions. Caregivers need to have accurate perceived health status in order to accurately anticipate health-related incidents leading to motivation to perform self-care activities with responsibility and continuity (Orem, 1991). The study of Tang & Chen (2002) who found perceived health status to be positive correlated with health promotion behaviors of caregivers of stroke patients.

Because caregivers of stroke patients have to perform roles in providing care for patients and self-care at the same time, social support is a factor encouraging, helping, supporting and facilitating caregivers in performing self-care behaviors. The study of Tiwawan Tuantang (2011) found that social support was positive correlated

with health promotion behaviors of caregivers of stroke patients and was able to predict health promotion behaviors.

According to a review of previously conducted, no studies have been conducted to investigate the correlations of these factors and self-care behaviors in caregivers of stroke patients, which may be factors with correlations and influence on the self-care behaviors of caregivers of stroke patients. Therefore, the researcher is interested in studying the influence of anxiety, perceived health status and social support on the self-care behaviors of caregivers of stroke patient. The finding are expected to form guidelines in planning promotion for caregivers to practice suitable self-care behaviors, which will influence caregivers' health and the quality of care provided for stroke patients.

Research Objectives

1. To study the level of anxiety, perceived health status, social support and self-care behavior in stroke patients.
2. To study the predictive power of anxiety, perceived health status and social support on the self-care behavior of stroke patients.

Research Hypothesis

Anxiety, perceived health status and social support can jointly predict the self-care behavior of stroke patients.

Methodology

This study was a correlation predictive research. The population comprised primary caregivers correlated with stroke patients who brought patients to receive follow-up examinations at the Out-Patient Department, Siriraj Hospital, at the Neurology Clinic, the Cerebrovascular Disease Clinic and Special after Hours Neurological and Brain Clinic for Adults, Out-Patient Building, 2nd Floor, Medical

Examination Unit, Siriraj Hospital. The sample group comprised primary caregivers correlated with stroke patients aged eighteen years and up who provided care for patients consistently and continually over a period of no less than one month after patients were discharged from hospital, provided care for stroke patients for the first time without prior experience in providing care for patients with full consciousness, TMSE scores of ≥ 23 points and ability to communicate in Thai. Data were collected in December 2012 – January 2013 and seventy-eight samples were selected according to the inclusion criteria.

Research Instrumentation

The instrumentation for this study comprised interview forms and questionnaires divided into the five following parts:

Part 1 – Demographic data interview forms consisted of the following two forms:

Form 1 – The stroke patients demographic data form contained of questions on age, gender, educational attainment, previous occupation, duration of illness, marital status, co-morbidities, weakened physical condition, rights exercised in paying for treatment costs and patients' dependence levels, which were assessed by the researcher's interviews with the caregivers of patients according to the Modified Barthel ADL Index (Suttichai Jitapankul, 2000) to assess patients' ability to perform basic activities.

Form 2 – The caregivers demographic data interview form contained of seventeen questions on age, gender, educational attainment, occupation, marital status, TMSE scores, mean family income per month, support from family members, relationships between caregivers and patients, reasons for becoming a caregiver, time involved in providing care for caregivers, number of hours spent providing care for patients each day, assistants who helped to provide care for patients, caregivers' health, diseases and symptoms of illness after performing duties as caregivers.

Part 2 – State Anxiety: Form Y-I questionnaire was part of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) created and modified by Spielberger and colleagues (1983), then translated into Thai by Sutisa Ruangrassamee (2011) with twenty

questions. The questionnaire had a total scoring range of twenty to eighty points where high scores meant high anxiety in caregivers of stroke patients. In this study, the questionnaire had a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.90.

Part 3 – The perceived health status questionnaire was developed by Kulawadee Rotpaisankit (2001) using basic theoretical concepts in developing instruments for measuring Americans' Health of Brook and colleagues (1979). The questionnaire contained twenty-seven questions covering four aspects of perceived health status such as perceived health status in the past, present and future when compared to others, perceived future health status, interest in health, health awareness, resistance to diseases or risks for illness, perceived severity of illness and understanding of illness. The questionnaire had a total possible score of twenty-seven to one hundred and thirty-five points. High scores meant caregivers had positive perceived health status. In this study, the questionnaire had a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.87.

Part 4 – The social support questionnaire was modified by the researcher from the social support questionnaire for adolescent patients with cancer of Aree Mangkiatsakul (2000) created by using concepts of House (House, 1981, cited in House & Kahn, 1985). The questionnaire contained twenty questions for assessing opinions or feelings toward the receipt of social support in four aspects, namely, emotional aspects, assessment, information and resources. Questions covered the amount of help and support received by the sample group in various aspects and the identity of the supporters. The questionnaire had a mean value of one to five points. High mean values meant caregivers perceived high degrees of social support. In this study, the questionnaire was found to have a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.90.

Part 5 – The self-care behavior questionnaire was modified by the researcher from the form for measuring perceived self-care ability of care-giving relatives working outside the home of Parunee Ketkrai (2007), which was created by citing Orem's self-care concept (2001) with twenty-six questions divided into three aspects of self-care consisting of general self-care, necessary self-care by stages of development and essential self-care under deviating health conditions. The questionnaire had a total score of twenty-six to one hundred and four points. High

scores meant caregivers had positive self-care behaviors. In this study, the questionnaire was found to have a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.87.

Data Collection

Before data collection, the researcher proposed the research project for the consideration from the Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. After receiving consideration from the committee and receiving approval from the Dean of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, the researcher requested cooperation from the nurses of the Out-Patient Treatment Unit, Internal Medicine Department and special clinics outside work hours to screen samples in line with set criteria. Once the caregivers expressed willingness to participate in the project, the nurses introduced the caregivers to the researcher. The researcher explained the research objectives and the protection of the rights of the sample group. After the sample group had agreed to cooperate in the study, the researcher had the samples sign informed consent forms for participation in the study. The researcher collected all of the data in person at the stroke clinic, Out-Patient Department and the Special Neurological and Brain Clinic for Adults, Siriraj Hospital.

Data Analysis

The obtained data were statistically analyzed with a computer program package using frequency distribution, percentage, mean value and standard deviation to analyze personal data, anxiety, perceived health status, social support and self-care behaviors of caregivers of stroke patients. The predictive power of self-care behaviors of caregivers of stroke patients were then analyzed using variables of anxiety, perceived health status and social support by enter multiple regression analysis.

Research Findings

1. Demographic Data Characteristics of Patients and Caregivers of Stroke Patients

In this study, the caregivers of stroke patients comprised seventy-eight caregivers, most of whom were females (85.9%) with a mean age of 51.69 years and married. The caregivers were children of patients (55.1%). Most of the caregivers graduated with bachelor's degrees or higher (51.3%). The caregivers had occupations outside the home with sufficient income for expenses and a mean family income of more than 25,000 baht per month (67.9%). The caregivers exercised the rights of civil servants/government enterprise employees to apply for reimbursement for treatment for themselves and family members. They also received support from family members in self-care whether in the form of funds and/or items, cared for patients for a mean period of 3.87 years with the mean number of hours in providing care amounting to 8.19 hours per day with assistants in providing care (66.7%). Caregivers assessed overall health before providing care for patients at a good level or higher (69.1%) and had personal ailments (52.6%) with the most frequently encountered disease being hypertension and illnesses after providing care for patients (47.4%). The most frequently encountered symptom was overall aches and pains.

Most of the stroke patients were males (57.7%) with a mean age of 70.63 years. Most of the patients had ischemic stroke (87.2%), a mean duration of illness of 4.18 years, one weak half of the body (94.9%) and co-morbidities (97.4%) with the most frequently encountered co-morbidity being hypertension.

2. Anxiety, Perceived Health Status, Social Support and Self-Care Behavior of Stroke Patients

2.1 Anxiety – The sample group was found to have a mean anxiety score of 38.36 (S.D. = 8.91). Most of the samples had low anxiety scores (57.7%), followed by moderate anxiety scores (41%) and none of the samples were found to have high anxiety scores.

2.2 Perceived Health Status – The sample group was found to have a mean perceived health status score of 93.80 (S.D. = 11.90). Most of the samples had good perceived health status scores (71.8%), followed by acceptable

perceived health status scores (17.9%) and very good perceived health status scores (10.3%).

2.3 Social Support – The sample group was found to have the mean social support score of 3.51 (S.D. = 0.59). Most of the samples had moderate social support scores (60.3%), followed by good social support scores (38.5%) only 1.3% of the samples had low social support scores.

2.4 Self-care Behaviors – The samples were found to have a mean self-care behavior score of 85.69 (S.D. = 10.94). Most of the samples had good self-care behaviors (89.7%), followed by moderate self-care behaviors (10.3%).

3. Correlations between Anxiety, Perceived Health Status, Social Support and Self-care Behaviors of Caregivers of Stroke Patients

Anxiety was found to be negatively correlated with self-care behaviors ($r = -.477$, $p < .01$), perceived health status was positively correlated with self-care behaviors ($r = .579$, $p < .01$) and social support was positively correlated with self-care behaviors ($r = .348$, $p < .01$).

4. Enter Multiple Regression Analysis of Anxiety, Perceived Health Status and Social Support towards Self-care Behaviors of Caregivers of Stroke Patients

According to enter multiple regression, anxiety, perceived health status and social support were able to jointly predict fluctuations of self-care behaviors of the sample group at 40.7% ($R^2 = .407$, $F = 16.953$, $p < .001$).

When the β coefficients of each variable were analyzed to explain the fluctuations in self-care behaviors, the variable with the greatest influence was found to be perceived health status with a β coefficient of 0.382 ($p < .01$), followed by anxiety with a β coefficient of -0.234 ($p < .05$) and social support with a β coefficient of 0.208 ($p < .05$).

Discussion and Summary of the Findings

The anxiety of the sample group had low to moderate levels, possibly because most of the caregivers provided care for patients over a mean period of

approximately 3.87 years, causing the caregivers to have more experience in providing care for patients, perceiving various symptoms of stroke patients, inquire with medical personnel for information, which helped to reduce anxiety. In addition, patients had low levels of dependence and the number of hours in which caregivers provided care each day did not disturb the daily lives of caregivers much. In addition, caregivers had assistants to help in the care of patients and families had sufficient income to cover expenses. Family financial status was considered as a source of benefits enabling caregivers to confront problems, seek conveniences in caregivers' lives and families' lives without anxiety (Hileman, Lackey & Hassanien, 1992). Furthermore, most of the samples were late senior adults and had educational attainments from higher education to be up helped caregivers to have long experience in life, knowledge and understanding of the situation with ability to seek beneficial data, news and information in combination with building understanding to appropriately perform activities correlated with care of patients and self-care (Orem, 1991).

The perceived health status scores of the sample group had good overall, especially in the area of health awareness and understanding about the severity of illness, possibly because most of the sample group had personal ailments (52.6%) which may have caused the samples to have interest in problems or symptoms correlated with personal ailments, thereby resulting in accumulated experience from bringing patients to the hospital, listening to doctors' recommendations regarding health problems, especially stroke, speaking with other caregivers and seeing other patients, most of whom had disabilities or dependence on others to perform activities, causing caregivers to have better awareness and realize the importance of caregivers' health. In addition, most of the samples had higher educational attainments and up, thereby giving the samples opportunities to learn and seek information with benefit for health combined with understanding the potentially negative impacts on caregivers' health, which helped caregivers make accurate health decisions.

The social support of the sample group had moderate level by receiving the greatest emotional social support while receiving moderate information, assessment and resource support. Most of the persons who received social support received support from families, followed by relatives, neighbors or friends. In addition, most of the samples were married, giving perception of sufficient support in

various aspects from spouses and children, including close family members who provided encouragement, consultation and assistance in solving problems. The samples assessed themselves to have received low degrees of social support from doctors and nurses, except in terms of self-care knowledge and recommendations of practices during illness, possibly because the data collection facility was only an examination unit with many service recipients and few doctors performing examinations. Hence, service provision was rushed. Furthermore, the examination unit had no nurses.

The sample group had good overall self-care behaviors and was also found to have good self-care behaviors in the aspects of necessary general self-care, self-care according to development stages and self-care according to deviating health conditions. The samples had the highest self-care behavior scores in the aspect of deviating health conditions, possibly because most of the samples were aware that the samples had chronic illnesses, thereby resulting in more self-care, regular meetings with doctors to receive medications and seeking information from various sources for suitable use in self-care. Furthermore, most of the samples had high educational attainments with sufficient income for expenses together with self-care support from family members and assistants in providing care for patients, giving the samples more time to rest or enjoy privacy, more exercise, participation in activities with friends, consultation to exchange experiences and provide self-care information along with the ability to procure items with benefits for self-care and the care of family members. Thus, the samples had good self-care behaviors while providing care for patients.

According to the findings, anxiety, perceived health status and social support were correlated with the self-care behaviors of caregivers of stroke patients with statistical significance ($p < .01$) with perceived health status being the most closely correlated ($r = .579$), followed by anxiety ($r = -.477$) and social support ($r = .348$).

According to the enter multiple regression analysis, anxiety, perceived health status and social support were found to be able to jointly explain fluctuations in the self-care behaviors of the sample group at 40.7% ($R^2 = .407$, $F = 16.953$, $p < .001$). When the β coefficients of each variable were analyzed to explain fluctuations in self-care behaviors, the variable with the greatest influence was found to be perceived health

status with a β coefficient of 0.382 ($p < .01$), followed by anxiety with a β coefficient of -0.234 ($p < .05$) and social support with a β coefficient of 0.208 ($p < .05$).

Anxiety was found to be negatively correlated with the self-care behaviors of caregivers of stroke patients with statistical significance ($r = -.477$, $p < .01$) and had a β coefficient of -0.234 with ability to predict self-care behaviors of caregivers with statistical significance at .05, thus indicating reduced self-care behaviors when caregivers of stroke patients had higher anxiety because anxiety was a basic factor influencing self-care needs and ability. If caregivers had high degrees of anxiety, the anxiety will influence perception, thinking, learning and memory, thereby causing impacts on self-care ability structures and reducing self-care behaviors. In addition, although no studies were found to have been conducted on correlations between the anxiety and self-care behaviors of caregivers of stroke patients, studies on the correlations between the anxiety and self-care behaviors of caregivers of patients revealed similar findings in the study of caregivers of alzheimer patients who found anxiety to be negative correlated with self-care of caregivers (Connell, 1994). In addition, the study of Pintong Rattanapuchong (2007) found anxiety to be a barrier to self-care among adults with chronic illnesses.

Perceived health status was positively correlated with the self-care behaviors of caregivers of stroke patients with statistical significance ($r = .579$, $p < .01$) and had a β coefficient of .386 with ability to predict the self-care behaviors of caregivers with statistical significance at .05, meaning good perceived health status in caregivers will result in better self-care behaviors among caregivers. The results of this study were concurred with the study of caregiver of stroke patients (Tang & Chen, 2002) and caregiver of impaired elders (Mc Donald, Brennan, & Wykle, 2005) that found perceived health status to be positive correlated with self-care of caregivers with statistical significance. Orem believed accurate perceived health status to help persons have thoughts and understanding of events towards health status and that accurate health status assessment will cause the person to have motivation to properly and continually perform self-care behaviors (Orem, 1991).

Social support was positively correlated with the self-care behaviors of caregivers of stroke patients with statistical significance ($r = .348$, $p < .01$) and a β coefficient of .208 with ability to predict the self-care behaviors of caregivers with

statistical significance at .05, thereby indicating that caregivers who received more social support will have better self-care behaviors. This concurred with Orem who viewed social support as a source of benefit which is a basic conditional factor influencing the self-care needs and self-care ability to help caregivers develop self-care ability and self-dependence (Somjit Hanujareernkul, 2002). Social support may be received from family members, relatives, close persons, including healthcare team members. Receipt of love, praise, concern, news and information support, material support and time to help ease various burdens helped caregivers feel acceptance, see self-worth and have encouragement in practicing good self-care. The aforementioned finding concurred with the study of Tiwawan Tuantang (2011) and Tang & Chen (2002) who studied the factors influencing the health promotion behaviors of relatives providing care for stroke patients and found social support to be able to predict health promotion behaviors with statistical significance at .001. The above mentioned finding was found to be similar to the study of Intukan Kunwai (2009) who studied the self-care ability of senior adults and found sufficient social support as needed to help promote good self-care in persons. Furthermore, social support was found to be able to predict the self-care of senior adults with statistical significance at .001.

Recommendations

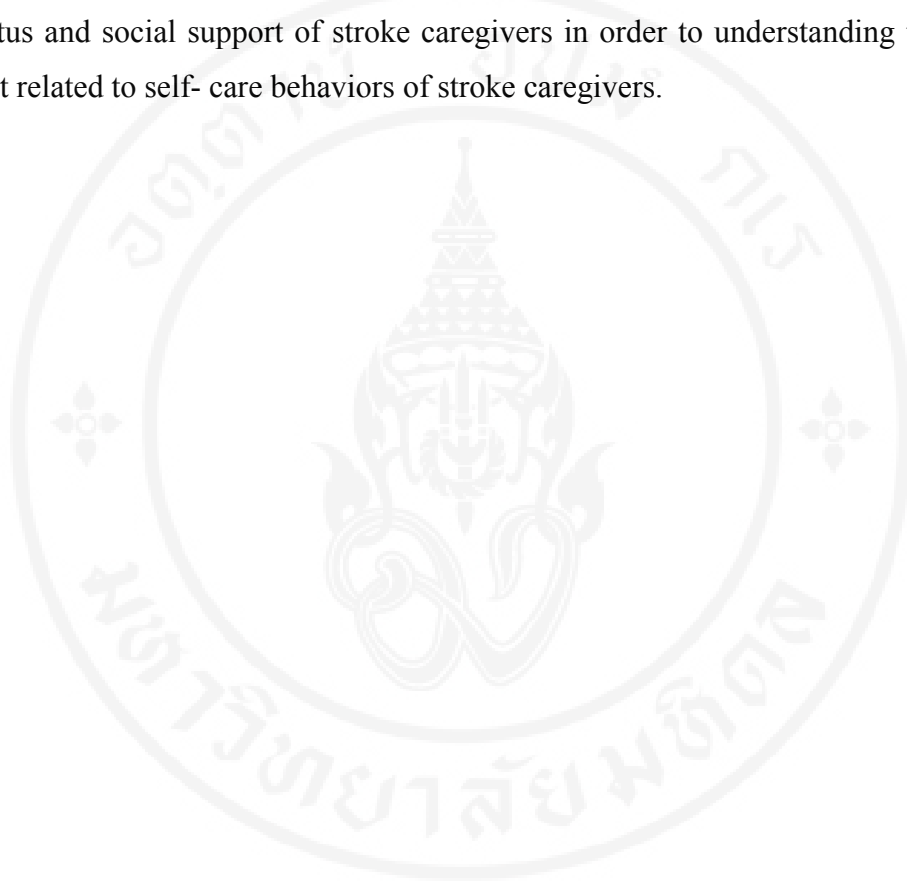
1. A models for perceived health status promotion should be developed in order to lead to suitable self-care behaviors in caregivers of stroke patients.
2. Guidelines for reducing anxiety should be created and support should be provided on providing necessary and beneficial self-care information in order to provide caregivers with more information and less anxiety, which will help improve self-care behavior levels.

Recommendations for Future Studies

1. Studies should be conducted on other factors according to Orem's self-care theory which is related to the self-care behaviors of caregivers of stroke patients.

2. Studies should be conducted in comparing the self-care behaviors of stroke caregivers at the difference level of economic status, stroke severity, length of care, inpatient and outpatient care in order to improve understanding the self-care behaviors of caregivers of stroke patients in various situation.

3. Qualitative studies should be conducted on anxiety, perceived health status and social support of stroke caregivers in order to understanding the problems that related to self- care behaviors of stroke caregivers.



รายการอ้างอิง

- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส.
- คะนองนิช ไชยวุฒิ. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา ชาญประโคน. (2550). สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จารุณี ลิขีระกุล. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล (2549). พฤติกรรมสุขภาพ *Health Behavior*. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม
กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัด
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. (2542). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ : รามาธิบดี. กรุงเทพฯ:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชนัญชิตา โพธิประสาท. (2547). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล
ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ
ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ
สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวาวรรณ เกื้อนยัง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เทียนทิพย์ สีม่วง. (2549). การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน
โรงพยาบาลรามาธิบดี. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา
พัฒนาการ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. (2540). ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอช
ไอวีที่มีอาการ. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นันทพร ศรีนิม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิตยา อินทรักษ์. (2551). *ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปัทมา โลหเจริญนิช. (2545). *การดูแลด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ป่วยอัมพาต*. ใน *การดูแลผู้ป่วยอัมพาต : หลักการแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน*.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). *ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พราราม สอนจันทร์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และกิจกรรมการดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พินทอง รัตน์ภูงศ์. (2550). การดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). ความเครียด ความวิตกกังวล การเผชิญกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมาสาร จำกัด.

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มัลลิกา มดีโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลตนเอง. ในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และจริญญา ปุรนัน (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเองทักษะทางสังคม และวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยสาร, 2(1), 84-94.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชวิฒนะ และสุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์. (2543). ความต้องการของผู้ดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4(1), 2-19.

วรภรณ์ จิธานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15(3): 1-9.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สิวาพร ยังกง. (2544). *ต้นทุนของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในมุมมองของสังคม ณ สถาบันประสาทวิทยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). รายได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนกรุงเทพมหานคร และ 3 จังหวัด. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved June 2, 2013, from <http://www.nic.go.th/search1/showDetail.asp?url1=http://ws.nic.go.th/wservice/public/61081&tGraph=1>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2554). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ.2544-2553*. กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved April 17, 2012, from <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สุทิสฯ เรืองรัมย์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไมเกรนที่เนีย กราวิส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา สุภาพ. (2543). *สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม: ครอบครัว: ศาสนา: ประเพณี*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุศิริ หิรัญชนะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2541). *การวิเคราะห์ผู้สูงอายุใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ลีดา สุจริตกุล.(2541). *ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์, ภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์ และธนวันต์ กาบภิรมย์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2553. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์* 2555;43(17): 257-64.
- อรรถัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2543). *การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรสแอนด์กราฟฟิค จำกัด.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. (2542). *การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2551). *ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรินทร์ จรูญสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร จันทร์ดา. (2544). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี*. ปริญญานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, วิชาเอกสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อินทुकานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของตน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- American Heart Association. (2006). *Heart disease and stroke statistics 2006* [Electronic version]. Retrieved April 20, 2006, from <http://www.americanheart.org/presenter>

- Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23, 527-531.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concern, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34, 242-25.
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B., Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med. Care*, 19, 787-805.
- Blake, H., Loncoln, N. B., & Clarke, D. D. (2003). Caregiver strain in spouse of stroke patient. *Clinic Rehabilitation*, 17(3), 312-317.
- Boonchalaksi, W. (2000). Family size and elderly care, Doctoral dissertation, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1988). The PRO-a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Brooks, R. H., et al. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), 1-179.
- Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: a unidimensional or multidimensional construct?. *Nursing Research*, 35(1), 4-9.
- Chow, S. K., Wong, F.K., & Poon, C.Y. (2007). Coping and Caring: Support for family caregivers of stroke survivors. *Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16, 133-143.
- Cobb, S. (1976). Social support as a Moderator of life stress. *Psychometrics Medicine*, 38, 300-313.
- Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *The American Journal of Alzheimer's Care and Other Dementias*, 1(9), 26-36.
- Deyo, R. A., et al. (1982). Physical and Psychological Function in Rheumatoid Arthritis. *Arch Intern Med*, 142, 879-882.
- Enterlante, T. M., & Kem, J. M. (1995). Wives reported role changes following a husband's stroke; A pilot study. *Rehabilitation Nursing*, 64, 61-64.

- Farren, C. J., Loukissa, D., Perraud, S., & Paun, O. (2004). Alzheimer's disease caregiving information and skill. Part II : Family caregiver issue and concerns. *Research in Nursing and Health*, 27, 40-51.
- Gast, H. L., Denyes, M. J., Campbell, J. C., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9(1), 139-45.
- Graham, L., & Conley, E. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20, 113-122.
- Greenwood, N. & Mackenzie, A.(2009). An exploratory study of anxiety in carers of stroke survivors. *Journal of clinical*, 19, 2032–2038.
- Grimm, P. M. (1997). Measuring anxiety. In S. M. Frank & S. J. Olsem (Eds). *Instruments for clinical health - care research*. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Hilemen, J. W., Lackey, N. R., & Hassanien, R. S. (1992). Identifying the need of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19, 771-777.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support* . Philadelphi: Addison Wesley.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* . Orlando: Academic.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer (Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 5, 194-246.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In aging from birth to death: Interdisciplinary perspective. Colorado: Westview Press.
- McDonald, P. E., Brennan, P. F., & Wykle, M. L. (2005). Perceived health status and health-promoting behaviors of African-American and white informal caregivers of impaired elders. *Journal of National Black Nurses' Association*, 16(1), 8-17.
- Meesuk, W. (2005). *The factors predicting health status of caregivers of stroke patients*. Master's thesis in Nursing Science, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Natechang, S. (2002). *Influencing of caregiver role strain, worry from caring, and caregivers' factors on health status of caregivers of stroke patients*. Master's thesis in Nursing Science, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri, V. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing : Concepts of Practice*. 5th ed. Philadelphia: Mosby.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : Concepts of Practice*. St.Louis: Mosby Year Book.
- Pallet, P.J. (1990). A conceptual framework for studying family caregiver burden in Alzheimer's Type Dementia. Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 52-58.
- Periard, M. E., & Ames, B. D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10(4), 252-256.
- Phipps, M. A. (1991). Assessment of Neurological Deficits in stroke. *Nursing clinics of North America*, 26(4) , 956-969.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rojpaisarnkit, K. (2001). *Development of Health Perception scales for Thai Adults*. Doctor's thesis of Public Health Faculty, Mahidol University.
- Rosenthal, S. G., Picuth, M., Greninger, L. O., & Metress, E. S. (1993). Perceived need of wives of stroke patients. *Rehabilitation Nursing*, 18, 148-153.
- Sansoni, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 93-100.
- Santas, et al. (1990). Social and Family Intergration of Hemiglesia Elderly Patients Year After Stroke. *Stroke*, 20, 1019-1022.
- Shewchuk, R., Richards, J. S., & Elliott, T. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17, 125-129.

- Sit, J., Wong, T., Clinton, M., Li, L., & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home; The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 816-824.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In D.C. Spielberger (ed.), *Anxiety: Current trend in theory and research*. New York; Academic press.
- Spielberger, C. D. (1983). *The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological Issue in emotion*. New York: Ravan Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait Anxiety: Inventory (STAI) from Y. Self-evaluation questionnaire*. Retrieve February 20, 2012 from <https://webfiles.uci.edu/dstokols/PPD151-2011/State-Trait%20Anxiety.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., & Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State-Traits Anxiety inventory*. London: Consulting Psychologists Press.
- Srithares, W. (2003). *The factors influencing caregiver role strain of cerebrovascular disease patients' wives*. Master's thesis in Nursing Science, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1995). *Psychiatric nursing*. St.Louis: Mosby company.
- Suh, M., Kim, K., Kin, I., Cho, N., Choi, H. & Noh, S. (2005). Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression : a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 611-618.
- Tang, Y. Y., & Chen, S.P. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patient with stroke. *Health Promotion International, 17*(4), 329-339.
- Teel, C. S, Duncan, P., & Lai, S. M. (2001). Caregiving Experiences After Stroke. *Nursing Research, 50*(1), 53-60.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior, 23*, 145-159.
- Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and the Chronically ill individual. *The Nursing Clinics of North America, 22*(3), 613-620.

- Train the Brain Forum Committee. (1993). Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hosp Gaz*, 45, 359-374.
- Wade, D. T., Legh-Smith, J., Hewer, R. L., & Skillbeck, C. E. (1986). Effects of living after survivors of stroke. *British Medical Journal*, 293: 418-420.
- Watson, L. D., & Quinn, D. A. (1998). Stage of stroke: A model for stroke rehabilitation. *British Journal of Nursing*, 7(11), 631-640.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others: Joining molding confirming helping loving*. Englewood, Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- White, C., Mayo, N., Hanley, J., & Wood-Dauphinee, S. (2003). Evolution of the caregiving experience in the initial 2 years following stroke. *Research in Nursing and Health*, 26, 177-189.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล
ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการและการศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โฉมสัตะมงคล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์จรรยา ธีญญาดี
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางวันเพ็ญ นิจุสุนกิจ
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
หมายเลข SI 602/2012		
ชื่อโครงการภาษาไทย : อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัสโครงการ : 566/2555(BC4) หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางรัชนิพร ภัทรปรกรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เอกสารที่รับรอง : 1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2. โครงร่างการวิจัย 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัคร 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5. แบบสอบถาม 6. ประวัติผู้วิจัย วันที่รับรอง : 6 พฤศจิกายน 2555 วันหมดอายุ : 5 พฤศจิกายน 2556 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP). ลงนาม  (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสพร สูงสว่าง) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 13 พ.ย. 2555 วันที่ ลงนาม  (ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร) กณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 14 พ.ย. 2555 วันที่		

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

1

เอกสารหมายเลข 3 ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้
ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจ ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน
สนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกา
ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

นางรัชนิพร กัทรปกรณ์	ผู้วิจัย
ผศ.ดร. จงจิต เสน่หา	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
ผศ.ดร. วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินานิช	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ผศ.นพ. ยงชัย นิละนนท์	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 255/2555 (EC4)
- 6 พ.ย. 2555
วันที่รับรอง.....

สถานที่วิจัย

หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช
ประกอบด้วยหน่วยตรวจ ดังนี้

หน่วยตรวจโรคทางอายุรศาสตร์ คลินิกระบบประสาท และคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง
คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งภายในและนอกเวลาราชการ

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 02-419-6465-6
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งภายในและนอกเวลาราชการ โทรศัพท์ 089-6866404
E-mail address : m-pk@hotmail.com

ผู้ให้ทุน

ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษา อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการ
สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับในครั้งนี้คือ ผลการศึกษาอาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรมกา
ดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแนวทางในการศึกษา
ค้นคว้าหรือทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สติสัมปชัญญะสมบูรณ์
และเป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยท่านจะได้รับภาระชี้แจงจากผู้วิจัยให้ท่านทราบถึงโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือตอบปฏิเสธก็ได้ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ จะไม่มีผลเกี่ยวกับการดูแลที่ท่านและผู้ป่วยจะได้รับในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอื่นๆ และถ้าท่านตอบรับเข้าร่วมโครงการแล้วจะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและทุกหน่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 78 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 45-60 นาที

หากท่านตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นจะให้ท่านตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนจากสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง รวม 123 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 - 60 นาที ในขณะที่ท่านและผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	30	ข้อ
- แบบสอบถามความวิตกกังวล	จำนวน	20	ข้อ
- แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	27	ข้อ
- แบบสอบถามการสนับสนุนจากสังคม	จำนวน	20	ข้อ
- แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	26	ข้อ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย โดยให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงอาจไม่มี แต่อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียเวลาบ้าง หากในระหว่างการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ท่านรู้สึกไม่สบายใจ หรือไม่สบายใจในการตอบคำถามบางคำถาม ดังนั้นท่านสามารถบอกผู้วิจัยหรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ซึ่งสามารถยุติได้ตลอดเวลาหรือ ไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสะดวกของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลหรือเงื่อนไขใดๆ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาของผู้ป่วย

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการบริการและการรักษาโรคของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานเช่นเดิม

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คุณรัชณีพร ภักธปรกรณ์ (ผู้วิจัย) โทรศัพท์มือถือ 089-6866404 ได้ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติใดๆในขณะที่ตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการเจ็บป่วยตามมาตรฐานทางการแพทย์ และตามสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงในขณะนี้ แต่ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆในอนาคต

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายปกติในการรักษาที่ท่านต้องรับผิดชอบเอง และท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้



รับรอง คณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รหัสโครงการ 566/5593 (ECA)

- 6 พ.ย. 2555

วันที่รับรอง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชิ้นนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 โทรศัพท์ 02 – 419-2667-72

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/วันที่

(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 566/2555 (EC4)
วันที่รับรอง - 6 มี.ย. 2555

เอกสารหมายเลข 3 ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และได้อ่านข้อความที่มิรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับคุณรัชนิภา ภักธปรกรณ์ ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-686-6404 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 เบอร์โทรศัพท์ (02) 419-2667-72

ข้าพเจ้าได้ทราบดีถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย และจะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และทงังแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)



โดย.....คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
วันที่โครงการ.....
- 6 พ.ย. 2555
วันที่รับรอง.....

ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

วันที่ **38049**

วันที่ **17** เดือน **กุมภาพันธ์** พ.ศ. **2555**

เวลา **17**

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสังเวดาลัย ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๕๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๕๑๕-๕๕๕๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๒๗๕๓
วันที่ **๒๕** กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

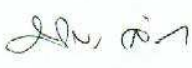
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางรัชนิพร ภัทรปกรณ์ นักศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.จงจิต เสนหา ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย ๑ เดือน ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ณ หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น ๒ ในคลินิกระบบประสาท, คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีสังเกตแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยใช้แบบสอบถามโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

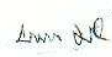
บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย

เพื่อไปขอข้อมูล



รศ.นพ.พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสูง
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
๑ ก.พ. ๒๕๕๕



(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.จงจิต เสนหา
โทรศัพท์ ๐๘๔-๔๔๐-๓๑๓๖

ภาคผนวก จ
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

Hotmail Print Message

Page 1 of 1

(No Subject)

From: **Spielberger, Charles** (spielber@usf.edu)
Sent: Wednesday, August 15, 2012 4:27:25 AM
To: 'Rachanee Patthara' (rm-pk@hotmail.com)
1 attachment
Permission Request Form-Blank.doc (67.0 KB)

Rachanee Patthara [rm-pk@hotmail.com]

Rachaneeporn Pattharapakorn
Faculty of Nursing
Mahidol University, Thailand

Dear Rachaneeporn Pattharapakorn:

I was pleased to learn of your interest in using our State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in your Masters Thesis research, and regret that I was away on extended travel when your email was received. Please fill out the attached Request Form which must also be signed by your faculty advisor, and I will be pleased to give your permission to reproduce and use the STAI,

Permission to use the STAI in your thesis without charge requires your agreement to share your research findings with us when these are available. I sincerely hope the STAI will prove helpful in your research and look forward to receiving your Request. Very best wishes.

Charles D. Spielberger, PhD, ABPP, Distinguished Research Professor and Director,
Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology, Department of
Psychology PCD 4118G University of South Florida, 4202 East Fowler Avenue, Tampa, FL
33620-7200. Phone (813) 974-2342; Fax (813) 974-4617; Email: spielber@usf.edu

Copyright by Mahidol University



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
เลขที่ ๖๖๑๔
วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๕
เวลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ณ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๓๐๘-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๕๔๑๗๙๓๔

๒๒/๑๐
๒๕.๑๐.๕๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๒๒๐๓
วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นางรัชนิพร ภัทรปกรณ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่ ของ นางกุลวดี โรจนไพศาลกิจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่ (DEVELOPMENT OF HEALTH PERCEPTION SCALES FOR THAI ADULTS.)” ซึ่งมี รศ.ดร.วสันต์ ศิลปสุวรรณ ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางรัชนิพร ภัทรปกรณ์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุว่าจะเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

○ สำเนาเรื่อง เรียน

○ เรื่องส่ง อธิการบดี ม.อ.

1.๕๕.๕๕

(รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ทรงพระเจริญ

วิโรจน์ ๑๖๕๖

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิฑูรย์ คุณจินทรรัตน์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติงานแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
1 ๕๖.๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
เลขที่ ๐๔๕๕
วันที่ 12 มี.ย. 2555
เวลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐๒๕๕๑-๕๑๒๕ ต่อ ๑๐๔-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๕๕๑๑๕๕๕

หลักประกัน

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒/๒๖๑๓

วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นางรัชนิพร ภัทรปกรณ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ของ นางสาวพารณี เกตุกราย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN, SELF-CARE ACTIVITIES, AND NEEDS OF SUPPORT OF WORKING CAREGIVERS)" ซึ่งมี ศศ.ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางรัชนิพร ภัทรปกรณ์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ (หลักสูตรฯ จะถ่ายเอกสารส่งให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย) โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโทรามาธิบดี" เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔๓๕๑๘๘๗๗ การติดต่อหลักสูตรฯ โทร. ๐๒-๒๐๑๑-๒๐๑๘ หรือ ๐๒-๒๐๑๑-๒๐๑๓ หรือ ๐๒ ๔๔๑๑-๔๒๓๔-๔๓ ต่อ ๕๐๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดทราบและดำเนินการ☐ ดำเนินการเรื่องอื่น

(รองศาสตราจารย์ พญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรื่องส่ง ผลการศึกษาวิจัย

ส่ง ๐ สารบรรณรอบ/ใบ

๑ - ภาควิชา

๒ - งาน

มีหนังสือเรื่อง

และอาจารย์

17/6/55

(นางอริยา อนุพิช)

เลขานุการคณะฯ

ทบท

- ชื่อส่วนศึกษาชั้นปีที่ ๑ ก่อตั้งใหม่

11/๖/๕๕ ครบ

(รองศาสตราจารย์ ดุษฎี นิลรัตน์ศิริวัฒน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติงานแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก จ
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย

**อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้เป็นแบบสอบถามดังนี้

- 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามการวิจัย

รหัสข้อมูล.....

วันที่

เรื่อง อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. อายุ ปี
2. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
3. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร
☐ ประถมศึกษา ☐ ปริญญาตรี / เทียบเท่า
☐ มัธยมศึกษา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ หม้าย
☐ คู่ ☐ หย่า / แยก
5. ระยะเวลาเจ็บป่วย ปี เดือน
6. ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย
☐ น้อย (12 คะแนนขึ้นไป) ☐ ปานกลาง (9-11 คะแนน)
☐ มาก (5-8 คะแนน) ☐ ทั้งหมด (0-4 คะแนน)

::

9. สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- | | |
|--|--|
| ☐ สิทธิข้าราชการ | ☐ สิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ |
| ☐ จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง | ☐ บัตรประกันสังคม |
| ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง (บัตร 30 บาท) | |
| ☐ อื่นๆ ระบุ | |

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. อายุ ปี
2. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร
☐ ประถมศึกษา	☐ ปริญญาตรี / เทียบเท่า
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย	
4. อาชีพ

☐ ไม่ได้ทำงาน	☐ ค้าขาย
☐ รับจ้าง	☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
☐ เกษตรกรรม	☐ อื่นๆ ระบุ
5. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ หม้าย
☐ คู่	☐ หย่า / แยก
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน บาท
7. รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

☐ ไม่เพียงพอ	☐ เพียงพอและเหลือเก็บ
☐ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	
- ::
15. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังที่ท่านรับน้ำที่ดูแลผู้ป่วย

☐ ไม่มี	
☐ มี ระบุ	
16. โดยภาพรวมท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

☐ ดีเยี่ยม	☐ ปานกลาง
☐ ดีมาก	☐ ไม่ดี
☐ ดี	

แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่บุคคลทั่วไปใช้อธิบายตนเอง กรุณาอ่านแต่ละข้อความและเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้ของท่าน ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด กรุณาอย่าใช้เวลามากจนเกินไปในการตอบข้อความแต่ละข้อ แต่ขอให้เลือกคำตอบที่อธิบายความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด

ค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นส่วนมาก

มีบ้าง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเลย

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีอยู่บ้าง	มีปานกลาง	มีมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคงปลอดภัย				
3. ฉันรู้สึกเครียด				
4. ฉันรู้สึกตึงเครียด				
::				
17. ฉันรู้สึกกังวลใจ				
18. ฉันรู้สึกสับสน				
19. ฉันรู้สึกเหนื่อย				
20. ฉันรู้สึกสนุก / เพลิดเพลิน				

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ และโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ซึ่งท่านสามารถเลือกตอบได้ดังนี้

หมายเลข 5 หมายถึง ใช่แน่นอน คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ

หมายเลข 4 หมายถึง ใช่ คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่

หมายเลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้สึกความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น

หมายเลข 2 หมายถึง ไม่ใช่ คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่ใช่แน่นอน คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	ใช่ แน่ นอน 5	ใช่ 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ ใช่ 2	ไม่ใช่ แน่ นอน 1
1	ที่ผ่านมา ท่านมักเจ็บป่วยบ่อยๆ					
2	ท่านเคยป่วยหนักจนท่านคิดว่าเกือบตาย					
3	ที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยง่ายกว่าคนส่วนใหญ่ที่ท่านรู้จัก					
4	ท่านคิดว่าขณะนี้ท่านมีสุขภาพแข็งแรงดี					
5	ท่านคิดว่าท่านเป็นคนหนึ่งที่มีสุขภาพดี					
6	ปัจจุบันสุขภาพของท่านดีมาก					

ข้อ ที่	ข้อความ	ใช่ แน่ นอน 5	ใช่ 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ ใช่ 2	ไม่ใช่ แน่ นอน 1
7	โดยปกติคนที่รู้จักท่านมักชมว่าท่านมีสุขภาพดีมาก					
8	ท่านมีสุขภาพดีพอๆกับคนอื่นๆที่ท่านรู้จัก					
9	ท่านมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นๆในครอบครัวของท่าน					
:						
:						
19	ท่านไม่ใช่คนที่เจ็บป่วยได้ง่ายๆ					
20	ร่างกายของท่านมีความต้านทานโรคดี					
21	ท่านสามารถดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วยบ่อยๆได้					
22	หากท่านป่วย ท่านรู้ว่าจะเกิดผลเสียต่อตัวท่าน อย่างไรบ้าง					
23	ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย					
24	เมื่อท่านป่วย ท่านรู้ว่าท่านควรไปปรึกษาหรือขอ คำแนะนำด้านสุขภาพจากใคร					
25	ท่านจะคิดว่าตนเองป่วย ก็ต่อเมื่อท่านไม่สามารถ ทำงานได้ตามปกติ					
26	ถ้ายังไม่ต้องไปหาหมอ ท่านคิดว่าท่านยังไม่ป่วย					
27	ท่านจะไปหาหมอ ก็ต่อเมื่อไม่สบายมากเท่านั้น					

แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ซึ่งท่านสามารถเลือกตอบได้ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด

เล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือ มีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือ ไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

และการสนับสนุนช่วยเหลือที่ท่านได้รับในแต่ละข้อคำถาม ท่านได้รับจากใครบ้าง

และให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ข้างหน้าบุคคลใกล้ชิดกลุ่มต่างๆ ที่เป็นผู้ช่วยเหลือท่าน และ

ระบุว่าเป็นใคร ท่านสามารถเลือกกลุ่มที่ให้การสนับสนุนได้มากกว่า 1 กลุ่ม โดยกลุ่มต่างๆ ได้แก่

☐ สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา และญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับท่าน

☐ ญาติ หมายถึง ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่นอกครอบครัวกับท่าน

☐ เพื่อน

☐ แพทย์

☐ พยาบาล

☐ อื่นๆ หมายถึง ผู้บังคับบัญชา คนรู้จักข้างบ้าน หรืออื่นๆนอกเหนือจากข้างต้น

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
1. ท่านได้รับความ (สนใจและ)เอาใจใส่ มากน้อยเพียงใด (จากใครบ้างโปรด ระบุ)						☐ สมาชิกใน ครอบครัว ระบุ ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ
2. ท่านได้รับความ รักและความห่วงใย มากน้อยเพียงใด (จากใครบ้างโปรด ระบุ)						☐ สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ
:						
20. ท่านได้รับความ ช่วยเหลือในการ จัดเตรียมอาหารที่มี ประโยชน์มากน้อย เพียงใด (จากใครบ้าง)						☐ สมาชิกในครอบครัว ระบุ ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ อื่นๆ ระบุ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 26 ข้อเพื่อวัดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
ดังต่อไปนี้ของท่าน ณ ปัจจุบัน (และเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดดังต่อไปนี้
ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติสม่ำเสมอและปฏิบัติทุกครั้งที่เกิดขึ้น
ปฏิบัติค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติสม่ำเสมอแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

น้อยลง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ลดน้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้า
รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คงเดิม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ
ก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
มากขึ้น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้า
รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	การปฏิบัติกิจกรรม				เปรียบเทียบกับก่อน เข้ารับบทบาทเป็น ผู้ดูแล		
	เป็นประจำ	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
1. รับประทานอาหารตรงเวลา							
2. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ							
3. ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้ว							
4. ได้รับอากาศบริสุทธิ์							
5. ขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระปกติ							
6. นอนหลับอย่างเพียงพอ							
7. มีเวลาพักผ่อน							
8. ออกกำลังกาย							
9. เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานปีใหม่ งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น							
:							
:							
24. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ทางด้านสุขภาพ							
25. หาข้อมูลในการดูแลตนเองและ บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจาก แหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ตัวบุคคล เป็นต้น							
26. มีเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย							

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุแบบปกติ

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรง พหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550; Polit & Beck, 2008)

1. การตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้สถิติ (Analysis residual) และค่าความคลาดเคลื่อนของการสังเกต (Observed error)

1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง หากตัวแปรอิสระมีค่าไม่ต่อเนื่องให้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)

1.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ทดสอบด้วยภาพการกระจาย (Scatter Plot) แต่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันนั้นไม่ควรสูงเกิน .80

1.3 กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่เพียงพอคือประมาณ 15-20 เท่าของตัวแปร

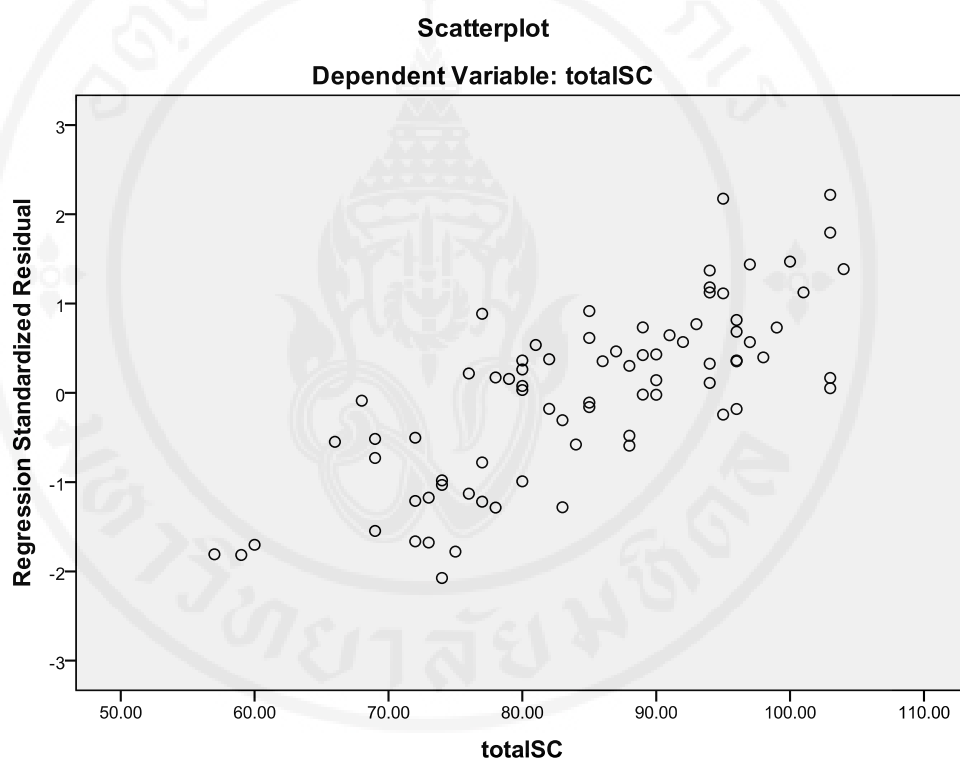
1.4 ข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นปกติ (Normal distribution) ทดสอบด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram)

1.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error term, e) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ ทดสอบโดยใช้ normal probability plots

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ต้องไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ทดสอบโดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person' product moment correlation)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ พบว่า ข้อมูลที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีความเหมาะสมตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุแบบปกติ โดยใช้วิธีการตรวจสอบดังนี้

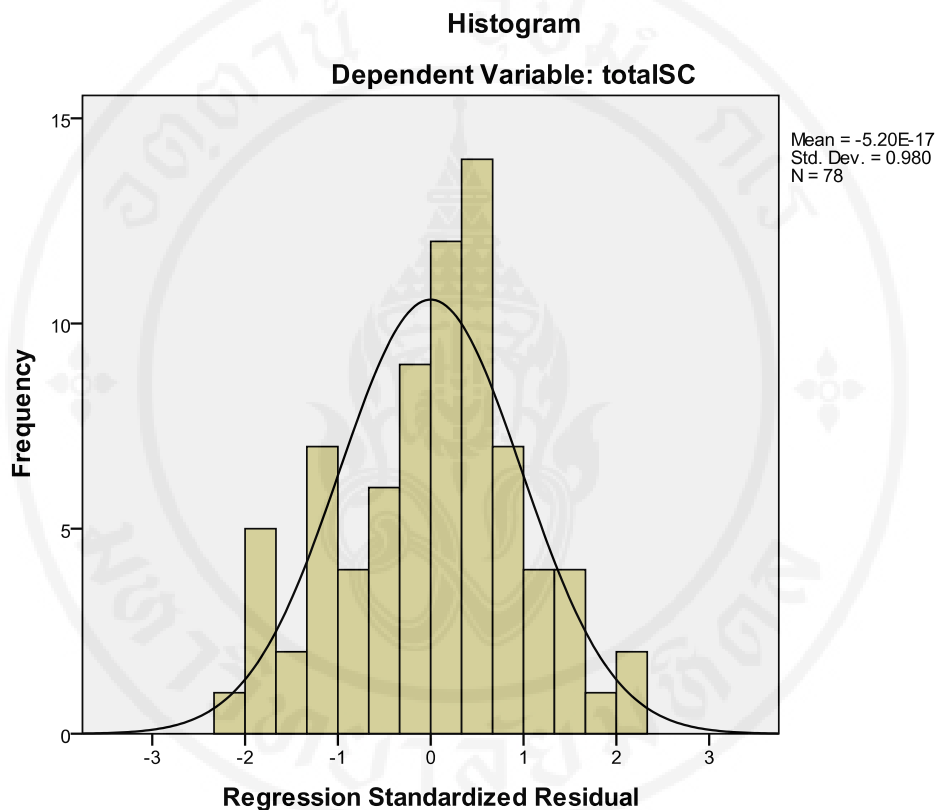
1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง สามารถทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้แผนภาพกระจาย (Scatter Plot) พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



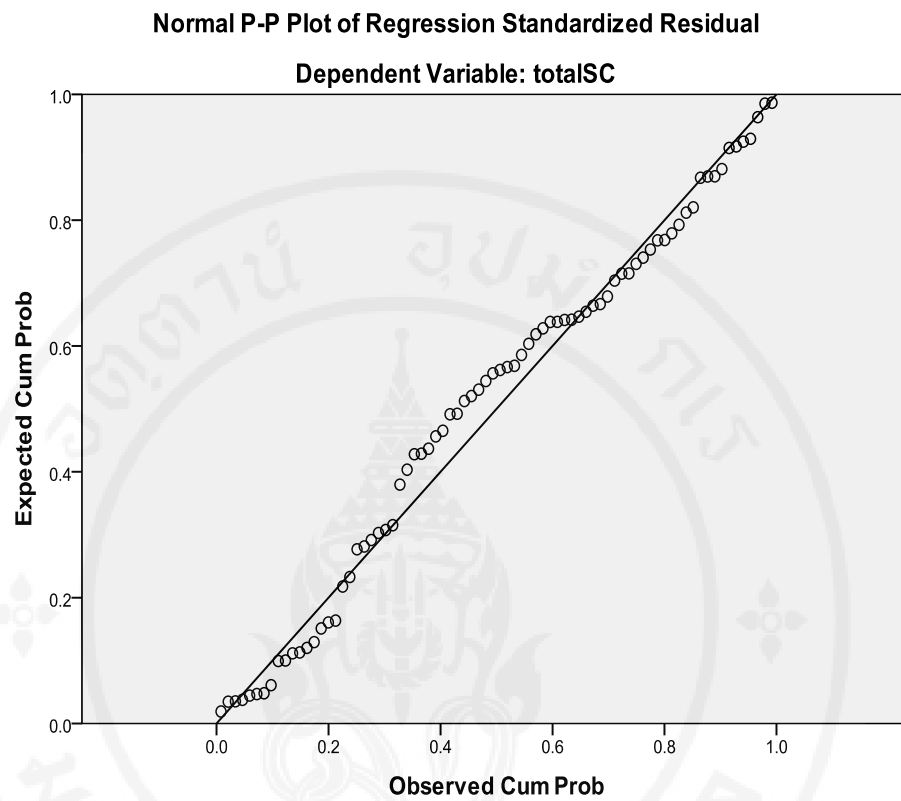
รูปภาพที่ 1 แผนภาพกระจาย (Scatter Plot)

2. ข้อมูลของตัวแปรตาม (y) บนทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) และกราฟกระจายโค้งปกติ พบว่า ข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นปกติ (Normal distribution) ดังแสดงในรูปภาพที่ 2 และไม่พบข้อมูลที่มีค่าต่ำสุดหรือสูงสุดผิดปกติ ดังแสดงในรูปภาพที่ 3

3.



รูปภาพที่ 2 ฮิสโตแกรม (Histogram) และกราฟกระจายโค้งปกติ



รูปภาพที่ 3 Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

4. วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person' product moment correlation) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ใช้เกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันนั้นไม่ควรสูงเกิน .80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

		Correlations			
		totalSC	totalAnx	totalHP	totalSS
Pearson Correlation	totalSC	1.000	-.477	.579	.348
	totalAnx	-.477	1.000	-.566	-.115
	totalHP	.579	-.566	1.000	.293
	totalSS	.348	-.115	.293	1.000
Sig. (1-tailed)	totalSC	.	.000	.000	.001
	totalAnx	.000	.	.000	.159
	totalHP	.000	.000	.	.005
	totalSS	.001	.159	.005	.
N	totalSC	78	78	78	78
	totalAnx	78	78	78	78
	totalHP	78	78	78	78
	totalSS	78	78	78	78

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n=78)

การสนับสนุนทางสังคม	สมาชิกใน ครอบครัว	ญาติ	เพื่อน	แพทย์	พยาบาล	อื่นๆ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	73.97	17.44	27.05	7.05	3.85	1.09
1.การสนับสนุนด้านอารมณ์	88.46	18.46	26.92	3.58	2.82	-
2.การสนับสนุนด้านการประเมิน	72.87	22.05	43.08	2.56	2.56	-
3.การสนับสนุนด้านข้อมูล	60.00	15.38	27.18	22.05	10.00	3.85
4.การสนับสนุนด้านทรัพยากร	74.36	13.84	11.02	-	-	0.51

ตารางที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n=78)

การสนับสนุนทางสังคม	สมาชิกในครอบครัว	ญาติ	เพื่อน	แพทย์	พยาบาล	อื่นๆ
1. ความสนใจและความเอาใจใส่	96.15	12.82	23.08	6.41	3.85	-
2. ความรักและความห่วงใย	94.87	17.95	24.36	3.85	2.56	-
3. ความไว้วางใจให้รับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ	88.46	26.92	34.62	2.56	2.56	-
4. การทำให้รู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ	84.62	16.67	19.23	2.56	2.56	-
5. การระบายความรู้สึกไม่สบายใจ	78.21	17.95	33.33	2.56	2.56	-
6. การชมเชยจากคนใกล้ชิด	78.49	25.64	48.72	2.56	3.85	-
7. การชมเชยในการดูแลสุขภาพตนเอง	65.38	19.23	41.03	2.56	2.56	-
8. การบอกกล่าวให้ดูแลสุขภาพตนเอง	82.05	23.08	35.90	1.28	1.28	-
9. การชมเชยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น	69.23	15.38	28.21	3.85	2.56	-
10. การชื่นชมในความมีน้ำใจและเข้ากับผู้อื่น	69.23	26.92	61.54	2.56	2.56	-
11. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	46.15	12.82	38.46	37.18	16.67	16.67
12. การแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ	71.79	19.23	41.03	8.97	7.69	2.56
13. การแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน	52.56	11.54	21.79	8.97	2.56	-
14. การแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	50.00	14.10	12.82	48.72	19.23	-
15. การแนะนำให้ไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	79.49	19.23	21.79	6.41	3.85	-
16. การช่วยเหลือเรื่องการเงิน	73.08	15.38	10.26	-	-	1.28

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n=78) (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	สมาชิกใน ครอบครัว	ญาติ	เพื่อน	แพทย์	พยาบาล	อื่นๆ
17. การอยู่เป็นเพื่อนและคอย ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย	82.05	11.54	15.38	-	-	-
18. การพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	74.36	15.38	14.10	-	-	-
19. การช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระ ความรับผิดชอบ	83.33	15.38	7.69	-	-	1.28
20. การช่วยเหลือในการจัดเตรียม อาหารที่มีประโยชน์	58.97	11.54	7.69	-	-	-

ตารางที่ 4 คะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามรายข้อ (n = 78)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.
1. รับประทานอาหารตรงเวลา	3.06	1.01
2. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.05	1.10
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้ว	3.37	0.85
4. จัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก	3.82	0.48
5. ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระปกติ	3.78	0.60
6. นอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง	3.31	0.93
7. มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.17	0.95
8. ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	2.23	1.18
9. เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ	3.13	0.96
10. ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล	3.82	0.45
11. ตรวจร่างกายประจำปี	2.95	1.26
12. ตรวจสุขภาพฟันประจำปี	2.47	1.24
13. จัดการให้มีเวลาเป็นส่วนตัว	2.58	1.03
14. รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่	3.74	0.55
15. รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว	3.69	0.59
16. รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง	3.72	0.58
17. มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	3.04	0.93
18. จัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้	3.46	0.75
19. หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการทำงาน	3.45	0.75
20. จัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	3.28	0.84
21. ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ตนเองสนใจ	3.23	0.94
22. ดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย	3.51	0.73

ตารางที่ 4 คะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตาม
รายชื่อ (n = 78) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.
23. ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย	3.49	0.80
24. มีเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	3.41	0.89
25. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ	3.53	0.79
26. หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ	3.40	0.87

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางรัชนิพร ภัทรปกรณ

วัน เดือน ปีเกิด

18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2513

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2531 – 2535

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 – 2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชา)

ทุนการศึกษา

ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

ที่อยู่ปัจจุบัน

78/226 หมู่ที่ 8 ตำบลบางพลู อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 089-6866404

E-mail address: rachaneeporn.pat @ mahidol.ac.th

ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 02-4196465-6