

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับ
การดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



นพวรรณ ดวงจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

วันที่ 17 พฤษภาคม 2560

นางสาวพรรณ ดวงจันทร์

ผู้วิจัย

นางสาวพรรณ ดวงจันทร์

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ นาริรัตน์ จิตรมนตรี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ศิริพันธุ์ สาสัดย์,

Ph.D. (Nursing Studies - Gerontology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นางสาวพรรณ

ดวงจันทร์

นางสาวพรรณ ดวงจันทร์

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิชาพรรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ หากไม่ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรศ.ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ และขอขอบพระคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์จนสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนพี่พยาบาลโดยเฉพาะคุณปริยานันท์ สิกหาญจิโรจน์และพี่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชบุรีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน และขอขอบคุณคุณธีรพัฒน์ พงศ์พัชรสกุล ที่สนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีและคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยฯทุกท่านที่ได้อนุมัติให้ลาศึกษาต่อและให้ทุนการศึกษา และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านทุกภาควิชา โดยเฉพาะดร.บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิศ, ดร.พิชญ์วีร์ สีนสวัสดิ์, อาจารย์วิรดา อรรถเมธากุล, ดร.รัศมี ศรีนนท์, อาจารย์ชิตสุภาภักดิ์ ทิพย์เที่ยงแท้ และอาจารย์รัตนา นิลเลี่ยมและเจ้าหน้าที่วิทยาลัยบรมราชชนนี ราชบุรีทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ขอมอบแด่บุพการี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

นพวรรณ ดวงจันทร์

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

THE CORRELATION BETWEEN SOME BASIC CONDITION FACTORS, MUTUALITY,
REWARDS OF CAREGIVING, AND QUALITY OF LIFE OF FAMILY CAREGIVERS
CARING FOR OLDER PERSONS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

นพวรรณ ดวงจันทร์ 5736860 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชาพรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL
NURSING), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์สถิติ Fisher's Exact Test และ Eta และ Spearman's correlation
coefficient

ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ($r = .287$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่
ดูแล และรางวัลสำหรับการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าควรมีการประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล
นำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยพื้นฐานบางประการ/ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล / รางวัลสำหรับการดูแล /
คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล/ ผู้สูงอายุ/โรคหลอดเลือดสมอง

THE CORRELATION BETWEEN SOME BASIC CONDITION FACTORS,
MUTUALITY, REWARDS OF CAREGIVING, AND QUALITY OF LIFE OF
FAMILY CAREGIVERS CARING FOR OLDER PERSONS WITH
CEREBROVASCULAR DISEASE

NOPPAWAN DOUNGCHAN 5736860 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPAN WIROJRATANA, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING)

ABSTRACT

The aim of this research was to study the relationships between basic condition factors, mutuality, rewards of caregiving and quality of life of family caregivers caring for older persons with cerebrovascular disease. This research used the Family Care Model of Archbold and Stewart and the sample was 100 caregivers caring for older persons with cerebrovascular disease receiving treatment at Ratchaburi Hospital. Data was collected by questionnaires and analysed by Fisher's Exact Test and Eta's statistical analysis and Spearman's correlation coefficient.

The research findings showed that the mutuality relationship between older persons with cerebrovascular disease and caregivers was positively related to the quality of life and statistically significant at 0.05 ($r = .287$) level. There were no relationships between some basic condition factors rewards of caregiving and caregivers quality of life.

The findings suggest that there should be an evaluation of the mutual relationships for the nursing care plan to promote the quality of life of family caregivers who care for older persons with cerebrovascular disease.

KEY WORDS: SOME BASIC CONDITION FACTORS/ MUTUALITY/
REWARDS OF CAREGIVING AND QUALITY OF LIFE OF
FAMILY CAREGIVERS/ OLDER PERSONS/ OLDER PERSONS/
CEREBROVASCULAR DISEASE

153 page

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตในการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
2.1 โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	13
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)	22
2.4 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	29
2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ	
โรคหลอดเลือดสมอง	32
2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย
3.1	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3.2	สถานที่เก็บข้อมูล
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.4	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
3.5	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3.6	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล
บทที่ 4	ผลการวิจัย
บทที่ 5	อภิปรายผล
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัย
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	
รายการอ้างอิง	
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ภาคผนวก ค	ขออนุญาตใช้เครื่องมือ
ภาคผนวก ง	หนังสือชี้แจงขอพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย
ภาคผนวก จ	หนังสือรับรองจริยธรรมในคน
ภาคผนวก ฉ	หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
ภาคผนวก ช	วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
ประวัติผู้วิจัย	153

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	52
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	54
4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล	59
4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	60
4.5 ค่าคะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	62
4.6 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาและ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	63
4.7 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	65

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2.1	กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1986)	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66 ล้านคน ซึ่งในจำนวนประชากรทั้งหมดมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 11 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 16.67 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้ลักษณะโครงสร้างประชากรในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aging society) และคาดว่าภายในปีพ.ศ.2568 จะเกิดเป็นสังคมผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสถานการณ์โลก โดยข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization; WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก สถานการณ์ในประเทศไทยข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานกระทรวงสาธารณสุขรายงานโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงสุดและก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.4 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ซึ่งคิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน โดยจะเห็นว่าเพิ่มขึ้น 1.8 เท่าในรอบ 5 ปี โดยเฉพาะปีพ.ศ. 2557 มีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 25,114 คน สามารถเฉลี่ยได้ในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน (นิตยา พันธุเวช และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต, 2558) รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยสูงสุดในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 70–79 ปี และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตอันดับหนึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2557) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้มากในกลุ่มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีภาวะไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้พบโรคหลอดเลือดสมองได้สูงในวัยผู้สูงอายุ (Engstad, Viitanen, & Ellekjaer, 2012) ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นฟูได้ช้ากว่าวัยผู้ใหญ่เพราะผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ไม่

เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่รวมถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ สังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายและทางจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้โดยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาข้างใดข้างหนึ่ง (Fillit, Rockwood, & Woodhouse, 2010) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) มีความผิดปกติทางด้านการสื่อสารกับผู้อื่น มีอาการอ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้ (กฤษณา พิรเวช, 2552) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนอาหารเพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคี้ยวการกลืนได้ (กฤษณา พิรเวช, 2552) ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเพราะรู้สึกไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกอาย แยกตัวเอง ไม่ต้องการพบใคร (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นซึ่งจะพบได้มากถึงร้อยละ 40 (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2554) การศึกษาของกฤษณา พิรเวช (2552) พบว่าอาการซึมเศร้าจะเกิดหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนาน 6 เดือน และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจะส่งผลทำให้การฟื้นฟูตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีภาวะพึ่งพาญาติผู้ดูแล เช่น สามี ภรรยา ลูกญาติพี่น้อง (ปิดิพร สิริทิพากร, 2555) ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเพราะต้องให้การดูแลยาวนานและต่อเนื่อง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2553) หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อาจจะส่งผลกระทบการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

ญาติผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการดูแลที่เป็นภาระต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจากการศึกษาพบผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามี 3 ด้าน คือ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้แรงในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วย การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีปัญหาทางสุขภาพตามมา ซึ่งปัญหาที่พบในญาติผู้ดูแล ได้แก่ อาการปวดตามร่างกายที่เกิดจากการออกแรงทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ลักขณา บึงมุ่ม, 2552) มีเวลาพักผ่อนได้น้อยบางรายพักผ่อนไม่เพียงพอ ประมาณ 6.88-8.30 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยทุกวันจะมีระยะเวลานอนประมาณ 7.88-9.34 ชั่วโมงต่อวัน (คุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) และในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงหากมีเวลาพักผ่อนน้อยลงก็จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น (เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553) 2) ผลกระทบด้านจิตใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าขณะที่ดูแล

ผู้ป่วยได้ (Gillespie & Campbell, 2011) ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานจะรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด มีความขัดแย้งทางความคิด (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553) 3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลบางรายมีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ดูแลที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีเพื่อนลดลง รวมทั้งผู้ดูแลมีความกังวลกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จ่ายในครอบครัว (Ba, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013) เพราะในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร (กาญจนศรี สิงห์ภู และคณะ, 2552) ซึ่งผลกระทบทั้ง 3 ด้านก็จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดขณะที่ดูแลได้ และทำให้มีผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพราะคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหมายถึง ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม คือ เมื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดีก็จะส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดีตามมาส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

แนวคิด Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) เป็นแนวคิดที่จะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแลจะมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ประสบการณ์การดูแลทางด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) และประสบการณ์ทางด้านบวก คือ รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of care) ซึ่งผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล (Wirojratana, 2002) มีการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยด้านลบก็จะรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ส่วนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ทางด้านบวกจะมีความความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเพราะรู้สึว่าการดูแลเป็นแหล่งกำลังใจที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น (Mackenzie & Greenwood, 2012) การศึกษาของ Liew และคณะ (2010) พบว่ามีปัจจัยทางด้านบวกที่จะส่งเสริมทำให้เกิดความพึงพอใจที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับ (caregiver gain) เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ของญาติผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (better mental well-being) ปัจจัยกลยุทธ์การจัดการปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (positive caregiving strategy) และปัจจัยการจัดหาโปรแกรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (caregiver training and support programmes) จึงจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดประสบการณ์ทางด้านลบได้เพียงอย่างเดียวแต่ยังมี

ประสบการณ์ทางด้านบวก เมื่อผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางด้านบวกเกิดความพึงพอใจที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระ แต่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วย และเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญตามศาสนาและมีวิธกลายเครียดเมื่อเกิดปัญหาเครียดขณะดูแลผู้ป่วยได้ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ความเครียด การรู้สึกรับภาระเป็นตัวแปรที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง แต่ภายใต้สถานการณ์เดียวกันหากผู้ดูแลเกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (closed relationship) มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย (satisfaction) รู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย (success) มีแหล่งสนับสนุนที่ดีที่เกิดจากคนในครอบครัวและสังคม (facilitator) ก็จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น (Mackenzie & Greenwood, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังไม่มีความชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Onabajo, Ali, และ Hamzat (2013) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Chuluunbaata และคณะ (2016) พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ผลการศึกษาอายุของญาติผู้ดูแลยังไม่มีความสอดคล้องกันกล่าวคือ บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความสุขเพิ่มมากขึ้น โดยอายุสามารถทำนายความสุขของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 22 ($R^2=.223$) (สาลินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, และสรินทร์ เกรย์, 2555) แต่การศึกษาของ Ogunlana และคณะ (2014) พบว่าญาติผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาคุณภาพของผู้ดูแลผลการศึกษายังไม่มีความชัดเจนเช่นกันเนื่องจากการศึกษาของ Baumann, Couffignal, Bihan, และ McCaughan (2012) พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จะมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 แต่ขัดแย้งการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2556) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งความเครียดอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและยังไม่มีการศึกษาของระดับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรง ผลการศึกษาของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลมีการเพิ่มเติมทักษะในการดูแลจนเกิดความมั่นใจทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้จนเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจึงไม่มีผลกระทบต่อตัวของผู้ดูแลเหมือนกับเริ่มต้นการดูแล

ผู้ป่วยในระยะแรกจะทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากมากในการดูแลเนื่องจากการขาดความรู้และขาดทักษะ (Mackenzie & Greenwood, 2012) ระยะเวลาการดูแลจึงเป็นอีกตัวแปรที่ควรศึกษาระหว่างระยะเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาใดที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (mutuality) เป็นคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นประสบการณ์ด้านบวกของการดูแลเกิดขึ้นได้จากการดูแลโดยการพัฒนาความสัมพันธ์ให้เหนียวแน่นระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุ ความรู้สึกรักจริงรักภักดีเป็นประสบการณ์ด้านบวกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นขณะที่ญาติผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วย (Mackenzie & Greenwood, 2012) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Samarkit และคณะ (2010) ที่พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=.158, p<.01$) นั้นแสดงถึงหากญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลโดยมีความรัก ความผูกพัน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับญาติผู้ดูแลสูงจะส่งผลทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลง ($r=-.207, p<.01$) อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นเพราะความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r=-.516, p<.01$) (Samarkit et al., 2010)

รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) เป็นมุมมองด้านบวกของญาติผู้ดูแลซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Family Care Model) หมายถึงความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นประสบการณ์การดูแลด้านบวกถึงแม้ว่าบางครั้งผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเครียดหรือเป็นภาระก็ตาม รางวัลของผู้ดูแลส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลนั้นหมายถึง คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Archbold & Stewart, 1986) จากการศึกษาของ จุริรัตน์ กอผจญ และคณะ (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของรางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r=-.312, p<.01$) หมายความว่า รางวัลที่ได้รับจากการดูแลช่วยลดปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ได้มีการศึกษารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับภาวะสุขภาพผู้ดูแลพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางทางสมอง ($r=.12, p<.05$) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมยังพบการศึกษารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศนั้นยังน้อย

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านลบคือญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึก

การเป็นภาระจากการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิต (Narasipuram & Kasimahanti, 2012; Grant et al., 2013; Ogunlana et al., 2014; Olai, Borgquist, & Svardsudd, 2015) ความเครียดมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Feng et al., 2009; Clay et al., 2013) การศึกษาในประเทศไทยทางด้านลบพบการศึกษาเรื่องการเป็นภาระในการดูแลพบว่าภาระของญาติผู้ดูแลและการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.176$, $p<.01$) (อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2559) และการศึกษาการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชานินทร์ คุณยาศัย, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลศิริ, 2558)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรที่ต้องการศึกษาตามแนวคิด Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) พบว่ามีการศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งปอด (Grant et al., 2013; Fujinami et al., 2015) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิต (ธีรนุช ห้านิวัติชัย และปริญญา แร่ทอง, 2556; จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2556) ความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับรางวัลสำหรับการดูแล (จิรรัตน์ กอผจญ, 2545; เกวดิน แสงบุญ, 2545) ได้มีการศึกษาเรื่องความพร้อมในการดูแลสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (อรอนงค์ ภูณรงค์ และคณะ, 2555) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีปัญหาทางการเงินของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Onabajo et al., 2013) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (Chuluunbaata et al., 2016; เพ็ญฟ้า สีสวย และคณะ, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การเตรียมความพร้อม ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สถานะเศรษฐกิจ ได้มีการศึกษาแล้วทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ขณะเดียวกันประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกนั้นมีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแลที่จะทำให้อาการผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจและเกิดความสุขขณะที่มีการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางด้านบวกของญาติผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (some basic condition factors) และประสบการณ์ด้านบวก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล (mutuality) และรางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะ

เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเพื่อจะช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

คำถามการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

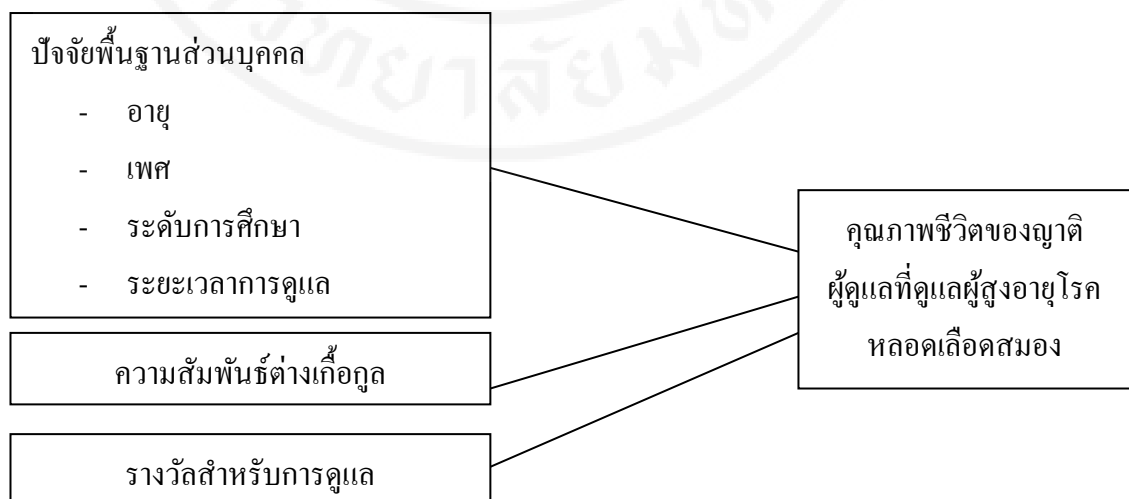
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิด The Family Care Model (FCM) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาโดย Archbold และ Stewart (1986) ที่มีการพัฒนามาจากทฤษฎีบทบาท (Role Theory) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เน้นการตอบสนองทางด้านบวกและทางด้านลบในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่สามารถเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแลทำให้มีผลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลจากแนวคิดนี้ประสบการณ์การดูแลทางด้านลบ คือความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) เป็นความยากลำบากในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะประกอบไปด้วย 9 ด้าน ดังนี้ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (strain from direct care) ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (strain from

lack of resources) ความเครียดจากความกังวลใจ (strain from worry) ความเครียดจากการขัดแย้งในบทบาท (strain from role conflict) ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย (strain from economic burden) ความเครียดจากความคาดหวังไม่ตรงกัน (strain from mismatched role expectation) ความเครียดจากแรงกดดันที่เพิ่มขึ้น (strain from increase tension) ความเครียดจากความรู้สึกที่ต้องทำตามที่สูงอายุต้องการ (strain from feeling of being manipulate) ความเครียดโดยรวมจากการดูแลทั่วไป (strain from global strain) และประสบการณ์ด้านบวก คือรางวัลสำหรับการดูแล (rewards of family care) คือประสบการณ์ด้านบวกของผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นมาจากการมีบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย การทำให้ชีวิตที่มีความหมาย (rewards of meaning) การได้เรียนรู้ (rewards of learning) การได้ช่วยเหลือ (rewards from being there for the reciver) การได้รับประโยชน์ทางการเงิน (financial rewards) การได้รับคำชมจากผู้อื่น (rewards from others) การเติมเต็มด้านจิตวิญญาณ (spiritual rewards) โดยมีปัจจัยพื้นฐาน (personal factors) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (mutuality) การเตรียมความพร้อม (preparedness) และภาวะสุขภาพ (health)

จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลครอบครัวพบว่า ปัจจัยเรื่องเพศ (Chuluunbaata et al., 2016) อายุของผู้ดูแล (Ogunlana et al., 2014) ระดับการศึกษา ($r=.22, p<0.01$) (Cramm, Strating, & Nieboer, 2012) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกับภาวะสุขภาพ ($r= .158, p<.01$) (Samarkit et al., 2010) และรางวัลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r= .116, p<.05$) (Samarkit et al., 2010) ดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archobold & Stewart, 1986)

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแลคือญาติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมาตรวจรับการรักษาห้องตรวจโรคอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีในระหว่างเดือน 14 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 13 มกราคม 2560 จำนวน 100 ราย

นิยามตัวแปร

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (some basic conditions factors) หมายถึง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันตอบแบบสอบถาม หน่วยเป็นปี คำนวณโดยใช้ปีพ.ศ.เกิดจากคำอ้างอิงญาติผู้ดูแลหรือจากบัตรประชาชน อายุที่คำนวณเหลือเศษตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้คิดเพิ่มจากอายุที่คำนวณได้อีก 1 ปี

เพศ หมายถึง ความเป็นหญิงความเป็นชายที่ถูกกำหนดโดยสรีระ

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของญาติผู้ดูแลที่ได้รับในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับชั้นประถมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับชั้นปริญญาตรี และ ระดับสูงกว่าชั้นปริญญาตรี

ระยะเวลาการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (mutuality) หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ทางด้านบวกระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (shared pleasurable activities) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (reciprocity) ประเมินจากแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล สร้างโดย Archbold & Stewart (1986) ผ่านการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลสูง

รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากมาเติมเต็มบทบาทของผู้ดูแลซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้านคือ การทำให้ชีวิตที่มีความหมาย (rewards of meaning) การได้เรียนรู้ (rewards of learning) การได้ช่วยเหลือ (rewards from being there for the receiver) การได้รับประโยชน์ทางการเงิน (financial rewards) และ การได้รับคำชมจากผู้อื่น (rewards from others) แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล สร้างโดย Archbold และ Stewart (1986) และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) ให้ตรงกับบริบทของคนไทย โดย Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีรางวัลสำหรับการดูแลสูง

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (quality of life caregiver) หมายถึง ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม การรับรู้การมีความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12) ออกแบบโดย Ware และคณะ (1998) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยบริษัท Quality Metric Incorporate ประเทศสหรัฐอเมริกาและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก เครื่องมือนี้มีความหมายเกี่ยวกับสถานะของทางสุขภาพประกอบไปด้วย 8 มิติ (12 ข้อ) ประกอบด้วย มิติสถานะทางร่างกาย (Physical function) (2 ข้อ) มิติข้อจำกัดบทบาททางสุขภาพทางร่างกาย (Role Physical) (2 ข้อ) มิติความเจ็บปวด (Bodily Pain) (1 ข้อ) มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General Health) (1 ข้อ) มิติความอ่อนเพลีย (Vitality) (1 ข้อ) มิติหน้าที่ทางสังคม (Social function1) (1 ข้อ) มิติข้อจำกัดบทบาทของปัญหาทางอารมณ์ (Role Emotional) (2 ข้อ) มิติสุขภาพจิตทั่วไป (Mental Health) (2 ข้อ) (Ware et al., 1998) ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็น Likert scale ช่วงคะแนนแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0–100 คะแนน การแปลผลคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ช่วงคะแนน 50–100 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตดี (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ดวงแพง, และเขมรดี มาสิงบุญ, 2557)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น



บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร บทความ งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2.1.6 การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2.2 บทบาทของผู้ดูแล

2.2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)

2.4 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.5.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

- เพศ

- อายุ

-ระดับการศึกษา

-ระยะเวลาการดูแล

2.5.2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล

2.5.3 รางวัลสำหรับการดูแล

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

ในปีค.ศ. 1970 จนถึงปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองคืออาการทางคลินิกการรบกวนการทำงานของหน้าที่สมองที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยมีอาการหรืออาการแสดงนานเกิน 24 ชม. หรืออาจทำให้เสียชีวิต โดยไม่มีสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากสาเหตุที่เกิดจากหลอดเลือดสมอง ในปีค.ศ. 1975 ได้มีการให้ความหมายของ Transient ischemic attack ถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางจนกระทั่งในช่วงศตวรรษที่ 21 จึงได้พยายามที่จะให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (Sacco et al., 2015)

ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความล้าสมัย สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association) และสมาคมประสาทวิทยาอเมริกัน (American Stroke Association) จึงได้มีการให้ความหมายของใหม่โรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมดังต่อไปนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ระบบประสาทส่วนกลางมีการขาดเลือดซึ่งจะประกอบไปด้วย สมอง ไขสันหลัง หรือจอประสาทตาตายซึ่งเป็นผลมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับเหตุผลดังต่อไปนี้ 1.พยาธิวิทยา การถ่ายภาพ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ของสมอง ไขสันหลังส่วนปลาย หรือการขาดเลือดที่จอประสาทตา หรือ 2.อาการทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของสมอง ไขสันหลังส่วนปลาย หรือการขาดเลือดของจอประสาทตาโดยมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมงหรือจนกระทั่งเสียชีวิตและสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่รวมอยู่ด้วย (ระบบประสาทส่วนกลางเกิดการตายเนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยงประกอบด้วย hemorrhagic infarctions ชนิดที่ 1 และ 2) (Sacco et al., 2015)

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) การศึกษาในทวีปยุโรปในหลาย ๆ ประเทศพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงสูงต่อการพึ่งพาได้มากกว่ากลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเพิ่มจำนวนการตายได้สูงขึ้น (Engstad et al.,

2012) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (อุ้นอากาศ ศรอากาศ, วรณิ เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์, 2558; วาสนา มุลฐิ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559; วารุณี เรืองมี และเนตรนภา คู่พันธ์, 2559) ซึ่งตามทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือมีอีกชื่อเรียกหนึ่งว่า ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง คือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์ เนื้อเยื่อ มีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีลักษณะ แข็ง แดกแห้ง สูญเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอวัยวะที่พบความเสื่อมได้บ่อยคือ ผิวหนัง หลอดเลือด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ความเสื่อมของหลอดเลือดส่งผลให้มีโรคต่าง ๆ ตามมารวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุจะมีการฟื้นฟูได้ช้ากว่าวัยปกติเพราะผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง โดยเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่รวมถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ สังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (ischemic stroke)

สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองลดลง เกิดเนื้อตายที่สมองในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันรวมกลุ่มโรค Transient Ischemic Attack (TIA) สาเหตุเกิดจากระบบประสาทขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวส่งผลให้สมองหรือจอประสาทตาขาดเลือด ทำให้ระบบประสาทเกิดความผิดปกติ โดยจะใช้ระยะเวลาจะน้อยกว่า 24 ชั่วโมงก็จะกลับมาเป็นปกติ (Pacala & Sullivan, 2010; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; Falvo, 2014)

กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke)

สาเหตุเกิดจากการแตกของหลอดเลือดมักเกิดร่วมกับการมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงโป่งพองเฉพาะที่ภายในสมอง (cerebral aneurysm) เกิดจากโรคก้อนเลือดคั่งเหนือต่อเยื่อหุ้มสมอง (epidural hematoma) โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสาเหตุมาจากสมองฝ่อที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงจากความชรา (age-related cerebral atrophy) คือ โรคก้อนเลือดคั่งภายในเยื่อหุ้มสมอง ทำให้ bridging vein ดึงตัวและฉีกขาดได้ง่าย (Falvo, 2014)

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุทั้งชนิดขาดเลือดเฉียบพลันและชนิดเลือดออกในสมอง (Engstad et al., 2012) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ atherosclerosis มีอาการมากขึ้น โรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุยังสามารถอธิบายความสูงอายุได้จากทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) ที่พบว่าความสูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสารไขว้ขวาง ได้แก่ คอลลาเจนอีลาสติน และสารภายในเซลล์ ทำให้ผลความผิดปกติลักษณะแข็ง แดกแห้ง สูญเสียความยืดหยุ่นทำให้เกิดความเสื่อมเกิดขึ้น โดยจะพบได้บริเวณผนังหลอดเลือด จึงส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มาก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา
2. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะ atherosclerosis ได้ทั่วร่างกายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ การเกิดโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการตีบของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่สมองส่วนลึก (lacunar infarction) (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Engstad et al., 2012; Kedrzycki, Foster, & Hussain, 2016)
3. ภาวะไขมันสูงในเลือด (hyperlipidaemia) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้เกิดภาวะ atherosclerosis ส่งผลให้หลอดเลือดมีความตีบตัน (Engstad et al., 2012)
4. การสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่มีผลทำให้การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด, การแข็งตัวของเลือด, เพิ่มระดับ cholesterol, ลดระดับของ high density lipoprotein, และเพิ่มการผลิตของ catecholamine คนที่สูบบุหรี่จะมีปริมาณ carbon monoxide เพิ่มขึ้นในเลือดผู้ที่สูบบุหรี่และมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น (Engstad et al., 2012)
5. การดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงขึ้น และสามารถเกิดได้ทั้งโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและเลือดออกในสมอง
6. ภาวะอ้วน จะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ ภาวะไขมันในเส้นเลือด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม² มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก (ทศพร สุดเสนหา, 2556)
7. การไม่ออกกำลังกาย การขาดการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องจะมีผลต่อระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทำให้ไขมันตัวดีลดลง ไขมันตัวร้ายเพิ่มมากขึ้น ช่วยทำให้ลดความประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

8. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation จะพบมากในผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้ (Engstad et al., 2012)

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง (Falvo, 2014)

1. อาการของกล้ามเนื้อ (motor manifestation) จะแสดงอาการอ่อนแรงของแขนและขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออาการอัมพาตของร่างกายในด้านตรงข้ามกับด้านที่มีรอยโรคในสมองจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

2. อาการของอวัยวะรับสัมผัส (sensory manifestation) เป็นอาการสูญเสียความรู้สึกหรือการรับรู้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีอาการชา ไม่รู้สึกเจ็บหรือร้อน สูญเสียความจำ การได้ยินหรือการตอบสนองไม่ดี

3. อาการของความจำ (cognitive manifestation) มีอาการสูญเสียความทรงจำซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับขนาดรอยโรคในสมองที่ได้รับคามเสียหาย มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยาก สูญเสียการอ่านหรือการเขียน สูญเสียความจำสิ่งของ

4. อาการของการสื่อสาร (communication manifestation)

มีอาการสูญเสียความสามารถด้านภาษา (dysphasia) ความผิดปกติด้านการสื่อสารมีหลากหลายชนิด (dysphasia) ได้แก่ Broca's aphasia (จะมีความผิดปกติด้านภาษาและกล้ามเนื้อที่ใช้สื่อสารภาษา) ทำให้ผู้ป่วยพูดออกมาลำบาก พูดไม่คล่อง หรือพูดไม่ได้เลย แต่สามารถฟังผู้พูดได้เข้าใจ พูดผิดหลักไวยากรณ์ (agrammatism) สามารถแสดงออกทางท่าทางได้แต่ไม่สามารถพูดออกมาได้ มีปัญหาเกี่ยวกับการนึกคำศัพท์ที่จะพูด (word finding difficulty) แต่สามารถเข้าใจคำพูด (comprehension) ความผิดปกติการสื่อสารชนิด global aphasia จะเป็นความผิดปกติของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการสื่อสารและการพูดเป็นประโยค ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน ไม่สามารถพูดได้เลย ทำตามสั่งไม่ได้ ความผิดปกติการสื่อสารชนิด verbal apraxia เป็นอาการเด่นที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการออกภาษาไม่สามารถพูดตามที่ต้องการได้เนื่องจากการสูญเสียกล้ามเนื้อของการพูดซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกับ Broca's aphasia ที่มีความผิดปกติของการสื่อสารชนิด transcortical aphasia ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจภาษาพูดและภาษาเขียนคล้ายกับ global aphasia แต่สามารถพูดตามได้ พูดตามได้ดี sensory aphasia ไม่สามารถเข้าใจคำพูด มีความเกี่ยวข้องกับ Wernick's aphasia

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น (วาสนา มุลฐิ และคณะ, 2559)

1. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องนอนท่าเดียวเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อกะบังลมและซี่โครงทำงานน้อยกว่าปกติ การหายใจจึงไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ และอาจเกิดปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน หรือที่เรียกว่า ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ทำให้เกิดการสำลักขณะที่รับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดปอดอักเสบ

2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะลดลงจากการนอนนาน ๆ ทำให้มีการผลิตปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายจะเป็นการทำได้ยากทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะส่งผลให้มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้

3. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและข้อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวได้จึงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงลีบและไม่สามารถใช้งานได้ เกิดข้อติดแข็งจากการที่ร่างกายไม่สามารถขยับข้อต่อของร่างกายได้เต็มที่ จึงทำให้เกิดข้อติดแข็ง และอาจเกิดปัญหาข้อไหล่หลุด เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ข้อไหล่อ่อนแรงเมื่อมีแรงโน้มถ่วงของโลกดึงกระดูก humerus ในขณะที่ผู้ป่วยนั่ง ยืน หรือเดิน หัวกระดูก humerus ก็จะเคลื่อนลงเกิดข้อไหล่หลุดได้

4. ภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง ปัญหาที่พบได้มากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการเกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดียวเป็นเวลานาน ๆ และเกิดปัญหามือบวม ซึ่งเกิดจากการขาดการหดตัวเป็นระยะของกล้ามเนื้อเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

5. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวกลืนอาหารจากสาเหตุที่ต้องนอนติดต่อกันเป็นเวลานาน ปัญหาการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติของริมฝีปาก ปาก ลิ้น เพดาน หลอดคอ กล่องเสียง หลอดอาหาร จึงทำให้เกิดมีการสำลักส่งผลให้มีการอุดตันทางเดินหายใจและการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และมีปัญหาท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ อีกทั้งการนอนถ่ายอุจจาระจะยังสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการถ่ายอุจจาระจึงเกิดภาวะท้องผูก

2.1.6 การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคให้มีระยะเวลาลดลง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ญาติมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อเสริมความมีคุณค่าในตนเองพร้อมทั้งให้กำลังใจให้ความรักและให้ความเอาใจใส่เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาญาติในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียคุณค่าในตนเอง การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ความปลอดภัยในตนเองลดลงการรับรู้เวลาสถานที่ลดลง มีการสูญเสียเอกลักษณ์และปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (จันทร์จิรา สีสว่าง และนงนภัส รุ่งเนย, 2559) ญาติผู้ดูแลสามารถช่วยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองบางส่วนก็ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งต้องดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรจัดที่นั่งให้ผู้ปวยนั่ง 90 องศาเพื่อป้องกันการสำลัก (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จะพบบ่อยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคือปัญหาการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองหรือเคลื่อนไหวได้น้อยร่วมกับไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้จึงส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยตำแหน่งที่จะสามารถเกิดแผลกดทับได้ คือ บริเวณปุ่มกระดูกบริเวณสะโพก กระดูกก้นกบ ตาตุ่ม ด้านนอก ส้นเท้า หัวไหล่ หลังใบหู ญาติสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้โดย พลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุทุก 2 ชั่วโมงเพื่อลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ดูแลทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ปัญหาข้อติดแข็งเป็นปัญหาที่ตามมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อคอลลาเจนและอีลาสตินทำให้กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้มีการเคลื่อนไหวข้อลดลงเกิดข้อยึดติดได้ง่ายตามทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ญาติจึงควรมีการบริหารเหยียดกล้ามเนื้อ (passive stretching exercise) ให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ปัญหาท้องผูกเนื่องจากผู้ป่วย

เคลื่อนไหวได้น้อย การรับประทานอาหารที่น้อยลง ควรให้การดูแลโดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย ฝึกการขับถ่ายที่เป็นเวลา ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม ควรจัดสิ่งแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง นอกจากนี้ยังมีปัญหาการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ควรต้องหมั่นสังเกตน้ำปัสสาวะที่ไหลออกมาจากสายสวนปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน หมั่นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่าย ควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุกเดือน ควรรองรับน้ำปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับเอว ระวังไม่ให้สายหักพับงอ หากน้ำปัสสาวะขุ่นมีตะกอนดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อระบายสิ่งตกค้างออกจากร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมก็ต้องดูแลเปลี่ยนและทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregiver หรือ carer) หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ อาจจะเป็นญาติหรือเพื่อนและไม่เคยผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุมาก่อน การดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเกิดจากความรัก ความเอาใจใส่ ความผูกพัน ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านและการดูแลจะไม่ได้รับรางวัล สิ่งของ หรือเงินเป็นค่าตอบแทน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

ประเภทของผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

1) ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนในการดูแล แต่เป็นการดูแลที่เกิดจากความผูกพัน ความรัก ห่วงใย สำนึกในบุญคุณ ที่เป็นญาติมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย/ผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่น้อง เพื่อนบ้าน สามารถแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีดังนี้ คือ 1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล (family carers/caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ 2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (informal helper) คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรองมาจากเครือญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน โดยไม่คิดค่าตอบแทน

แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ 1) ผู้ดูแลหลัก (main carers/caregiver หรือ primary caregiver) คือเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเจ็บป่วย หรือเป็นผู้ที่ต้องอยู่ดูแล โดยใช้ระยะเวลายาวนานมากที่สุด อยู่ดูแลตลอดอย่างสม่ำเสมอ 2) ผู้ดูแลรอง (secondary cares/caregiver) คือ เป็นบุคคลที่มารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว มีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุตลอดเวลา

2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลมาก่อนการดูแลผู้ป่วย เป็นกลุ่มวิชาชีพจากสถานพยาบาลหรือกลุ่มองค์กร จะได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (professional caregiver) ผู้ดูแลลักษณะนี้จะเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการศึกษาในสถาบันที่ผ่านการประเมินอย่างชัดเจน มีใบประกอบอาชีพ มีกฎหมายควบคุมให้บริการ ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนจากการดูแล ผู้ดูแลวิชาชีพนี้ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (non-professional caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1.ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม คือ ผู้ที่ไม่ใช่วิชาชีพแต่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาก่อนการดูแลและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนในการเรียกผู้ผ่านการอบรมนี้ว่า ผู้ช่วยพยาบาล (care assistant) 2.ผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการอบรม เป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลมาก่อน แต่มีหน้าที่ในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย/ผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์การดูแลตนเองเป็นพื้นฐานการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลอาสาสมัคร คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุด้วยความสมัครใจไม่ได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทนในการดูแล ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างน้อย 3-5 วัน มีรูปแบบการอบรมชัดเจน เช่น โครงการนักร้องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.2.2 บทบาทของญาติผู้ดูแล (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

ญาติผู้ดูแลมีบทบาททำหน้าที่ให้การดูแล (care provider) และเป็นผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (care manager) ซึ่งต้องช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุดตามระดับความสามารถของผู้ป่วย การบริหารร่างกายให้กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างถูกต้องและถูกวิธี การบริหารร่างกายทั้งแขนขา ลำตัว ใบหน้า และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยร่วมกระทำ การสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับ

การดูแลผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจและคอยให้ความสำคัญกับผู้ป่วย การฟื้นฟูทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เกิดภาวะซึมเศร้าหรือมีบุคลิกที่เปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ดูแลจึงควรมีความเข้าใจ คอยสนับสนุนและคอยให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นงานอดิเรก การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง

2.2.3 ผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล (กรรณิกา รักยิ่ง, 2557)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีคามพิการหลงเหลืออยู่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะไม่สามารถช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันได้หรือทำได้น้อย จึงทำให้เกิดผลกระทบกับญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายของญาติผู้ดูแล เพราะญาติผู้ดูแลจะต้องใช้ร่างกายของตนเองเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอดเวลาเพื่อช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับคืนมาใกล้เคียงภาวะปกติรวมทั้ง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องมีปัญหาทางสุขภาพตามมา ปัญหาที่พบในญาติผู้ดูแล ได้แก่ อาการปวดตามร่างกายจากการออกแรงทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ลักษณะ บึงมุ่ม, 2552) ญาติผู้ดูแลจะมีปัญหาร่างกายอ่อนเพลีย การพักผ่อนน้อยลง ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลงกว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีเวลานอนประมาณ 6.88-8.30 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยทุกวันจะมีระยเวลานอนประมาณ 7.88-9.34 ชั่วโมงต่อวัน (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีเวลาพักผ่อนน้อยลงส่งผลให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem)

ผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าให้กับญาติผู้ดูแลได้ (Gillespie & Campbell, 2011) การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังคนเดียว

ทำให้รู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ มีความท้อแท้ ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานจะรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2553)

3.ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic problem)

ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการเปลี่ยนบทบาทของตนเองมาเป็นบทบาทดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากเดิมญาติผู้ดูแลมีรายได้จากการทำงานอาจต้องลาออกจากการเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2012) ซึ่งบางรายการเปลี่ยนแปลงการทำงานจากเดิมที่ทำงานเต็มเวลาต้องรับงานบางเวลาและถ้าไม่มีใครช่วยดูแลก็ต้องลาออกจากการเพื่อรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ลดลงเกิดหนี้เพิ่มได้ ถ้าญาติผู้ดูแลบริหารดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการผลกระทบการดูแลและปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (Campenhausen et al., 2011) รวมทั้งมีผลทำให้การดำรงชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ญาติผู้ดูแลที่ต้องลาออกจากการเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีเพื่อนลดลงเพราะตลอดทั้งวันจะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอด ญาติผู้ดูแลมีความกังวลกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะไม่เคยได้รับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนและอาจมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จ่ายในครอบครัว (Cecil et al., 2012) ซึ่งภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่เฉพาะญาติผู้ดูแลเท่านั้นแต่รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร (กาญจนาศรี สิงห์ภู และคณะ, 2552)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) เดิมเรียกว่า Family Caregiving Inventory เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีบทบาทพัฒนาโดย Archobold และ Stewart (1986) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory) ที่มีจุดเน้นการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งสามารถแสดงบทบาททั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยประสบการณ์การดูแลเชิงลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) และประสบการณ์เชิงบวก คือ รางวัลในการดูแล (rewards of care) ซึ่งผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล (Wirojratana, 2002)

แนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold และ Stewart (1986) ได้อธิบาย 4 ส่วนหลัก ๆ ดังนี้

1.ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors)

1.1 ปัจจัยพื้นฐาน (demographic characteristic) ใน การศึกษาครั้งนี้ประกอบได้ด้วย เพศ เพศหญิงเป็นเพศที่ได้รับความคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัว อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล ส่วนปัจจัยพื้นฐานในกรอบแนวคิดของ The Family Care Model จะประกอบไปด้วย ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้จะส่งผลทำให้เกิดบทบาทความเครียดของผู้ดูแลและมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อหนุนระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (mutuality) เป็นคุณภาพของสัมพันธ์ทางด้านบวกสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ ความรักและความผูกพัน (love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (shared pleasurable) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (reciprocity) คุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold & Stewart, 1986)

1.3 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล (preparedness for family care) การเตรียมความพร้อมหมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อว่าตนเองนั้นได้เตรียมความพร้อมที่จะทำหน้าที่บทบาทของผู้ดูแล หากผู้ดูแลที่คิดว่าตนเองไม่พร้อมในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลก็จะทำให้เสี่ยงต่อภาวะตึงเครียดจากบทบาทการดูแล (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, 2553)

1.4 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (health) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล หากผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาการดูแลของผู้ดูแลมากก็จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพราะภาวะสุขภาพมีความสำคัญ หากผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี เพราะการดูแลจะส่งผลทำให้พยาธิสภาพของโรคที่ผู้ดูแลเป็นอยู่รุนแรงขึ้นได้ (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, 2553)

2.การดูแลจากครอบครัว (family care) (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) ประกอบด้วย

2.1 ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (amount of direct care) ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งหมด

2.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (amount of help from other) ได้แก่ แหล่งประโยชน์ในครอบครัวและชุมชน

3.การตอบสนองของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลครอบครัว (responses to family care)

ในสถานการณ์การดูแล ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์เชิงลบคือทำให้เกิดความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) หรืออาจเกิดประสบการณ์เชิงบวก คือ การได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล (rewards of family care) ดังนี้

3.1 ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) คือ ประสบการณ์ด้านลบของผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นมาจากการมีบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแล (Archbold & Stewart, 1986) ซึ่งประกอบด้วย 9 ด้าน ดังนี้ คือ

3.1.1 ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (strain from direct care) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลโดยตรง

3.1.2 ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (strain from lack of resources) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเพราะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว

3.1.3 ความเครียดจากความกังวลใจ (strain from worry) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในการทำบทบาทการเป็นผู้ดูแลเพราะมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย

3.1.4 ความเครียดจากการขัดแย้งในบทบาท (strain from role conflict) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเพราะมีความขัดแย้งระหว่างการทำหน้าที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลและการรับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอื่น ๆ

3.1.5 ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย (strain from economic burden) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเพราะมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น

3.1.6 ความเครียดจากความคาดหวังไม่ตรงกัน (strain from mismatched role expectation) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแล มีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุเนื่องจากความคาดหวังซึ่งเกิดจากไม่ตรงกัน

3.1.7 ความเครียดจากแรงกดดันที่เพิ่มขึ้น (strain from increase tension) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเนื่องจากมีความกดดัน เครียด ภาวะซึมเศร้า และมีความกังวลในการดูแลผู้สูงอายุ

3.1.8 ความเครียดจากความรู้สึกที่ต้องทำตามที่ถูกผู้สูงอายุต้องการ (strain from feeling of being manipulate) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเพราะต้องทำตามความต้องการผู้สูงอายุ

3.1.9 ความเครียดโดยรวมจากการดูแลทั่วไป (strain from global strain) หมายถึง ความรู้สึกเครียดในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลทั้งหมด

3.2 รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of family care) คือ ประสบการณ์ด้านบวกของผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นมาจากการมีบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย

3.2.1 การทำให้ชีวิตที่มีความหมาย (rewards of meaning) หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกที่เกิดจากการทำบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้ชีวิตของผู้ดูแลมีความหมาย

3.2.2 การได้เรียนรู้ (rewards of learning) หมายถึง การทำบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.3.3 การได้รับการช่วยเหลือ (rewards from being there for the receiver) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีที่ได้ใกล้ชิดและคอยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาหรือตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3.3.4 การได้รับประโยชน์ด้านการเงิน (financial rewards) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุทำให้สถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุดีขึ้น

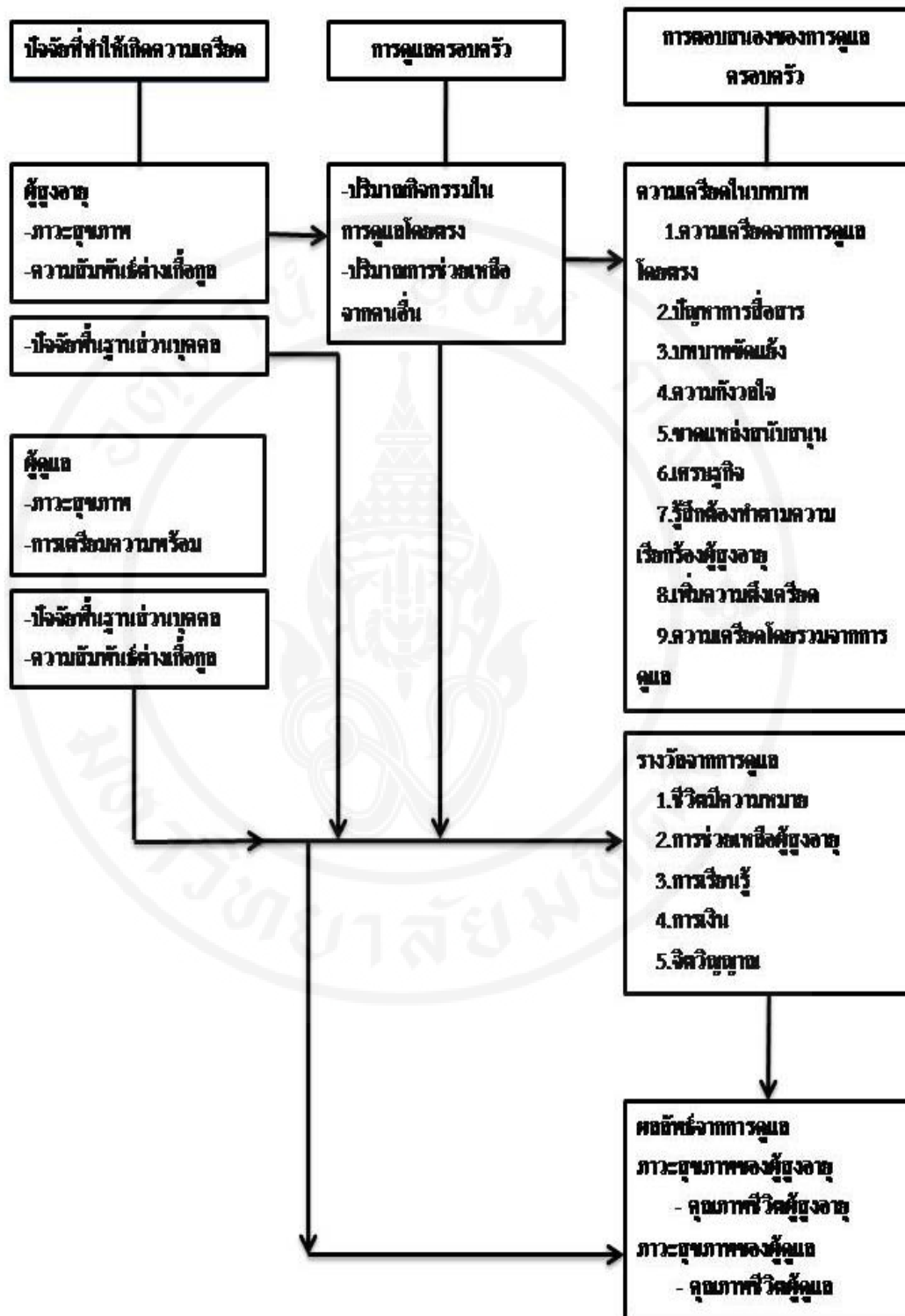
3.3.5 การได้รับคำชมจากผู้อื่น (rewards from others) หมายถึง การได้รับความรู้สึกที่ดีจากคำชมเชยจากผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทีมสุขภาพ

3.3.6 การเติมเต็มด้านจิตวิญญาณ (spiritual rewards) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีที่ได้ตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งความเชื่อที่ว่า การได้ดูแลเน้นการตอบแทนบุญคุณนั้นจะทำให้เกิดสิ่งที่ดีในชีวิตจากการทำบทบาทเป็นผู้ดูแล (Wirojratanna, 2002)

4.ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (outcome of caregiving)

ซึ่งจะประกอบ 2 ส่วนด้วยกันคือ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ถ้าหากกระบวนการการดูแลนั้นมีประสิทธิภาพประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีก็จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจดี และเมื่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีก็จะส่งผลต่อทัศนคติด้านลบในการดูแลของผู้ดูแลดี ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดีไม่เกิดความเครียดระหว่างที่ต้องดูแลผู้ป่วย (Wirojratanna, 2002)

กรอบแนวคิดทฤษฎี Family Care Model นั้นได้ให้ความสำคัญกับมิติการดูแลด้านบวก คือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และ รางวัลสำหรับการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจลดผลกระทบการดูแลทางด้านลบ เช่น ภาวะตึงเครียดจากบทบาทการดูแล และ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ ดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1986)

แนวคิด Transactional Stress Model กับมุมมองทางบวก (positive aspect)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุนอกจากผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ทางด้านลบแล้วแต่มีหลายการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ด้านบวกของผู้ดูแลจากการศึกษาของ Nackenzie และ Greenwood (2012) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติผู้ดูแลจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบในการดูแลผู้ป่วยแต่ปัญหาที่จะพบมากในญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานคือ การดูแลผู้ป่วยทำให้เพิ่มความเครียด การดูแลผู้ป่วยทำให้รู้สึกเป็นภาระ และการดูแลผู้ป่วยทำให้ลดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล โดยใช้แนวคิด Transactional Stress Model (TSM) เป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิด Transactional Stress Model (TSM) เป็นทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่เน้นความสำคัญความเป็นปัจเจกบุคคลในการประเมินความเครียดและขอบเขตสิ่งที่กำลังคุกคามในชีวิตขณะที่อยู่ในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วย เป็นกรอบที่ประเมินผลกระทบการจัดการกับความเครียด เมื่อผู้ดูแลต้องเจอแรงกดดันและปัญหานั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแล้วมีผู้ดูแลจะมีการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร เมื่อผู้ดูแลผ่านระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจนเกิดเป็นประสบการณ์การตอบสนองของผู้ดูแลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ผู้ดูแลจะสามารถเกิดการรับรู้สิ่งที่เป็นความเครียดและสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้และสามารถแก้ปัญหาได้เอง ประสบการณ์ด้านบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญจำเป็นเป็นผลที่ตามมาจากการรับรู้ความเครียดของญาติ ผู้ดูแล

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990s เริ่มมีนักวิจัยมีความสนใจและตระหนักว่ามุมมองด้านบวกและแง่มุมรางวัลของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความสมดุลให้กับญาติผู้ดูแลช่วยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ ประสบการณ์ด้านบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษพบว่าประสบการณ์ด้านบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอธิบายได้จาก สิ่งที่ผู้ดูแลได้รับ (caregiver gain) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้รับความชื่นชมในการดูแลผู้ป่วย การเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองของญาติผู้ดูแล การมีความหมายในบทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นมุมมองด้านบวกที่เพิ่มปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น กลยุทธ์ในการจัดการปัญหาความไม่แน่นอนที่พบขณะที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จะเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อเปรียบเทียบกับญาติผู้ดูแลคนอื่น ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด (closer relationship) จะเพิ่มความเข้มแข็งภายในตัวของญาติผู้ดูแล การตระหนักถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นซึ่งตรงส่วนนี้ก็เป็นมุมมองด้านบวกที่หวังจะให้ผู้ป่วยดีขึ้น เป็นทางในการจัดการกับปัญหาที่ไม่แน่นอน ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลานานที่พบปัญหาและสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้จะมุมมองด้านบวกมากกว่าญาติผู้ดูแลที่เพิ่งดูแลผู้ป่วยใหม่ มุมมองด้านบวกสามารถอธิบายได้จากการประสบความสำเร็จของญาติผู้ดูแล (successes) การดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล การทำอะไรร่วมกันระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ประสบความสำเร็จของญาติผู้ดูแล ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้เมื่อผ่านระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและญาติผู้ดูแลมีการปรับและจัดการปัญหาในสิ่งที่ไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจะมีรายงานความสำเร็จมากกว่าการพบปัญหาของญาติผู้ดูแล การอำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นกระบวนการนำไปสู่ชีวิตที่เป็นปกติของญาติผู้ดูแลการช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแล การชื่นชมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ของญาติผู้ดูแลจะนำไปสู่ความรู้สึกที่เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าแหล่งที่เป็นประสบการณ์ด้านบวกของญาติผู้ดูแลคือความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยและความรักเป็นแหล่งที่เกิดขึ้นได้ในญาติผู้ดูแล ถึงแม้ว่าจะพบบ่อยแต่ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์น้อยจึงต้องมีการทำการศึกษาต่อมุมมองด้านบวกและด้านลบ และต้องมองหาประสบการณ์ด้านบวก ก็จะช่วยให้มีมุมมองด้านบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver gain)

สิ่งที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver gain) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญแต่ยังมีการศึกษาปรากฏการณ์นี้น้อย เป็นสิ่งที่เสนอผลกระทบทางบวกโดยตรงหรือการประยุต์บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเมื่อมีความรู้สึกพึงพอใจหรือรางวัลที่ได้รับจากการดูแล จากการศึกษาของ Liew และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อสิ่งที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิด Transactional Stress Model ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อมีความขัดแย้งกันระหว่างสถานการณ์การดูแลและญาติผู้ดูแลหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความเครียดถูกกำหนดทางจิตใจระหว่างสิ่งแวดล้อมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล การประเมินค่าสถานการณ์ของผู้ดูแลและการจัดการปัญหาและใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาจัดการกับความเครียดก็จะออกมาเป็นผลลัพธ์ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ของผู้ดูแล (better mental well-being) ปัจจัยกลยุทธ์ด้านบวกของผู้ดูแล (positive caregiving strategy) คือการส่งเสริมให้กำลังใจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลการมองหาสิ่งที่ดีที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สิ่งที่ผู้ดูแลได้รับสูงมากขึ้น และปัจจัยการจัดหาโปรแกรมมาสนับสนุนฝึกฝนให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (caregiver training and support programmes) คือการจัดหาแหล่งองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ญาติผู้ดูแล การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผลลัพธ์สิ่งที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิด Transactional Stress Model ต่างจากแนวคิด The Family Care Model เนื่องจากมีพื้นฐานคนละทฤษฎี แนวคิด Transactional Stress Model มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี Stress and Coping ของ Lazarus และ Folkman (1984) ส่วนแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) เป็นการประยุกต์มาจากทฤษฎี Role Theory เน้นที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลกับการศึกษาเชิงคุณภาพและเป็น middle range theory จึงสามารถอธิบายปรากฏการณ์ความตึงเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทใหม่ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดของ The Family Care Model เนื่องจากแนวคิดนี้ใช้อธิบายปรากฏการณ์ในการดูแลได้ใกล้เคียงในบริบทสังคมไทย (Wirojratana, 2002)

2.4 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของคุณภาพชีวิตมีหลากหลาย ดังนี้

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล การรับรู้ในตนเองและในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในชีวิต และความสัมพันธ์ของการตั้งเป้าหมาย ความคาดหวังซึ่งเป็นวิธีที่ซับซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตใจ ระดับของความเป็อิสระในชีวิต ความสัมพันธ์ในสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (WHO, 1995)

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีเกิดขึ้นจากความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) ด้านสุขภาพและการทำงาน (Health and function) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social economic) โดยแต่ละด้านจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Zhan, 1992)

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) ความหมายเกี่ยวกับการดำรงชีวิตทั่วไป 2) ความหมายความสุขความพึงพอใจ 3) ความหมายการบรรลุเป้าหมายหรือความต้องการของบุคคล 4) ความหมายทางกายภาพและทางจิตใจ 5) ความหมายของบทบาทและความสามารถของบุคคล (Ferrans, 1990)

ปัจจุบันนี้ยังไม่มีผู้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ชัดเจน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการมีสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (เขาวลัษณ์

ทวิกลีกรรม, ปริญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมมณี, 2559; วรรณกานต์ ประโพธิ์, อมรัตน์ ศรีอำไพวารณ, และภาณุ อุดกั่น, 2559) ซึ่งปัจจัยที่จะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้การมีรายได้ที่เพียงพอจะเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้นเพราะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะเวลานานจะส่งผลทำให้ขาดรายได้ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น (เขาวลัษณ์ ทวิกลีกรรม และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณกานต์ โพธิ์ประทั้ง และคณะ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (วรรณกานต์ ประโพธิ์ และคณะ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้นิยามของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ การรับรู้ด้านร่างกาย การรับรู้สภาพด้านจิตใจ การรับรู้สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการรับรู้สิ่งแวดล้อมต่อการดำรงชีวิต การมีโรคประจำตัวเป็นองค์ประกอบรับรู้ทางด้านร่างกายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือญาติผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวก็จะส่งผลทำให้ร่างกายไม่สมบูรณ์แต่ต้องมารับบทบาทดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลลดลง (อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2559; เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550; Yu et al., 2013) การศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การรับรู้ตนเองภายใต้บริบทของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลต้องมีการเป้าหมายให้กับตนเอง มีความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งจะประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบคือ การรับรู้ด้านร่างกาย การรับรู้ด้านจิตใจ การรับรู้สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมต่อการดำรงชีวิต (WHO, 1995)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report objective) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้าน

สิ่งแวดล้อม (environment) วิธีการให้คะแนน WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบการแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อจำกัดของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะไม่ได้ศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้รับการริเริ่มสร้างเครื่องมือขึ้นมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970s และค.ศ. 1980s โดย World Health Organization (WHO) เป็นผู้ริเริ่มขึ้น และได้มีการพัฒนาเครื่องมือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 และเป็นมาตรฐานในปี ค.ศ.1990 ในปี ค.ศ.1996 ได้มีการปรับปรุงเป็น SF-36 version 1.0 เป็น SF-36 version 2.0 ได้มีการแปลเป็นภาษาอีกหลายภาษาและนำมาใช้กันแพร่หลายทั่วโลก พร้อมทั้งทดสอบหาความเที่ยง (reliability) ทดสอบความตรง (validity) และความไว (sensitivity) เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและภาวะสุขภาพของบุคคลที่เป็นโรคในประเทศต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งประเทศไทยก็ได้มีการนำมาแปลให้เป็นภาษาไทยเพื่อนำมาใช้ได้สะดวกและเหมาะสมกับบริบทของคนไทย เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจะประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ 8 มิติ คือมิติ Physical Functioning (10 ข้อ) มิติ Role Physical (4 ข้อ) มิติ Bodily Pain (2 ข้อ) มิติ General Health (5 ข้อ) มิติ Vitality (4 ข้อ) มิติ Social function (2 ข้อ) มิติ Role Emotional (3 ข้อ) มิติ Mental Health (5 ข้อ) และ มิติ Change in Health (1 ข้อ) ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็น Likert scale ช่วงคะแนนแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน (Ware, 2000) การแปลผล การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ช่วงคะแนน 50–100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ดวงแพง, และเขมรดี มาสิงบุญ, 2557)

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey 12 (SF-12) เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือ SF-36 เริ่มพัฒนาในปี 1996 พัฒนาขึ้นโดย Ware และคณะซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยบริษัท Quality Metric Incorporate ประเทศสหรัฐอเมริกาถูก

นำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก SF-12 เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป และประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะเจาะจงเพราะเครื่องมือจะสั้นกว่าเครื่องมือ SF-36 เพราะถูกปรับปรุงให้เหมาะสำหรับไม่สามารถประเมินด้วยเครื่องมือ SF-36 เพราะไม่สะดวกในเรื่องของระยะเวลา เครื่องมือ SF-12 ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อคำถาม 8 มิติ คือมิติ Physical Functioning (2 ข้อ) มิติ Role Physical (2 ข้อ) มิติ Bodily Pain (1 ข้อ) มิติ General Health (1 ข้อ) มิติ Vitality (1 ข้อ) มิติ Social function (1 ข้อ) มิติ Role Emotional (2 ข้อ) มิติ Mental Health (2 ข้อ) และ มิติ Change in Health (0 ข้อ) ลักษณะตัวเล็อกของคำถามแต่ละข้อเป็น Likert scale ช่วงคะแนนแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0–100 คะแนน การแปลผล คะแนนสูงจะหมายถึงคุณภาพชีวิตดี คะแนนต่ำ หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำหรือแย่ (Ware, Kosinski, & Keller, 1998)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey 12 (SF-12) นำมาเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพราะว่าเครื่องมือชนิดนี้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้เหมือนกับ SF-36 ใช้เวลาในการทำแบบประเมินน้อยกว่าแต่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้เหมือนกันสามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณได้

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.5.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล หมายถึง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล

เพศ หมายถึง ความเป็นหญิงความเป็นชายที่ถูกกำหนดโดยสรีระ เพศที่แตกต่างกันย่อมที่จะมีความแตกต่างในเรื่องของความคิด ความเชื่อและความคาดหวังทางสังคมที่แตกต่างกันจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Mackenzie และ Greenwood (2012) สอดคล้องกับงานวิจัยของอรอนงค์ กุลอนงค์ และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) จะมีการรับรู้และมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลได้ดีมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิงจะถูกคาดหวังทางสังคมว่าจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย เมื่อผู้ดูแลเพศหญิงเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลก็มีความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถทำได้ทุกอย่างด้วยตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีตามความคาดหวังของสังคม เมื่อทำ ไม่ได้ครบถ้วน จะรู้สึกผิดและทำให้ซึมเศร้า (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander และ Wilz (2010) ที่พบว่า เพศหญิงที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าเพศชายที่เป็นสามี ในระยะเวลาหลังจาก 3 เดือนที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p=0.47$) แต่งานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คุณภาพชีวิตเรื่องเพศของผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความแตกต่างกัน (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Onabajo และคณะ (2013) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่า คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuluunbaatar และคณะ (2016) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (overall QoL; $\beta=-9.73$, $p<0.05$) และมีปัญหาด้านการเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติผู้ดูแลเพศหญิงมีภาวะสุขภาพทางจิตใจแย่กว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-5.26$, $p<0.05$) จึงจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สามารถสรุปหาความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน

อายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องของข้อคิดเห็น ความเชื่อ และประสบการณ์ในชีวิตเพราะวิถีภาวะที่แตกต่างกันก็จะทำให้บุคคลแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันและเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันตอบแบบสอบถาม หน่วยเป็นปี คำนวณโดยใช้ปีพ.ศ.เกิดจากคำอ้างอิงญาติผู้ดูแลหรือจากบัตรประชาชน อายุที่คำนวณเหลือเศษตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้คิดเพิ่มจากอายุที่คำนวณได้อีก 1 ปี การศึกษาของ สาลินี เทพสุวรรณ และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุซึ่งความเครียดในผู้ดูแลอาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดีตามมาทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ดีได้ การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแลสามารถอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ กับระดับความสุขของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 22 ($R^2=.223$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ อายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขมากขึ้นขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วยไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและข้อมูลการเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Ogunlana และคณะ (2014) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและมีความรู้สึกรับภาระที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) และอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 9.887$; $p<0.001$; $R^2=0.050$) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ($p=0.015$) จะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตระดับสูงมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ($p<0.001$) จากการศึกษาข้างต้นจะพบว่าการศึกษเกี่ยวกับอายุของผู้ดูแลกับความเครียดและการรู้สึกรับภาระจากการดูแลผู้ป่วยซึ่ง

ความเครียดและการรู้สึกเป็นภาระเป็นผลกระทบที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลไม่ดี แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เกี่ยวกับอายุของญาติผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ชัดเจน

การศึกษาเป็นการปรับปรุงตัวเองพร้อมทั้งศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งการศึกษาไม่ใช่แต่การศึกษาภาคบังคับแต่หมายถึงการมีประสบการณ์หรือการหาความรู้เพื่อนำมาใช้พัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นอย่างไรก็ตามการศึกษารั้งนี้จะใช้ระดับการศึกษาภาคบังคับซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับชั้นประถมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับชั้นปริญญาตรี และ ระดับสูงกว่าชั้นปริญญาตรี การศึกษาในต่างประเทศของ Baumann และคณะ (2012) ได้มีการศึกษาความพึงพอใจภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปีกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในประเทศลักซัมเบิร์ก การศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูงสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Cramm, Strating, และ Nieboer (2012) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22, p<0.01$) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาของตัวแปรระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตโดยตรง

ระยะเวลาการดูแลคือระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลและสามารถจัดการกับปัญหาได้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกับการใช้ชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ระยะเวลาการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จากการศึกษาของอรอนงค์ ภูถนรงค์ และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวมุสลิมใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9–16 ชั่วโมง (ร้อยละ 46) ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 33) แสดงถึงบทบาทผู้ดูแลเพียงคนเดียว และไม่มีผู้ช่วยช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 86) หมายความว่าต้องใช้เวลาของตนเองทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและมีเวลาในการดูแลตนเองลดลงส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาท จากผลการประเมินบทบาทของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความเครียดสิ่งที่ตามมาจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ลง ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mackenzie และ Greenwood (2010) เป็นการทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์ด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่าการดูแลที่ยาวนานญาติผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ด้าน

บวดยังมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติมากกว่าผู้ที่เริ่มเป็นญาติผู้ดูแลในระยะแรกซึ่งระยะเวลาในการศึกษานี้คือระยะเวลา 6 สัปดาห์ ถึง 1 ปี ทำให้เปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลเป็นประสบการณ์การดูแลด้านบวก แต่การศึกษานี้ไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Ogunlana และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่าการรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ($r=-.434, p<0.001$) โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล คือ ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 6 เดือนมีนัยสำคัญทางสถิติทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตสูง ($p<0.05$) และการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($F=9.887; p<0.001, R^2=0.550$) ซึ่งการศึกษาพบระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.048$) จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เกี่ยวกับระยะเวลาการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ชัดเจน

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลา 3 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลมีความเครียดน้อยกว่าระยะเวลา 1 เดือนหลังจากกลับจากโรงพยาบาล (สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) เพราะว่าหลังจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลกลับไปรักษาตัวที่บ้านจะรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนเองจะดูแลผู้ป่วยได้ ต้องใช้เวลาในการปรับตัวและต้องใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (ประคอง อินสมบัติ และคณะ, 2554) ซึ่งการรับบทบาทญาติผู้ดูแลใน 1 เดือนแรกหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลอาจต้องมีการปรับตัวในการดูแลและอาจต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเพราะอาจจะยังไม่คุ้นกับการดูแลผู้ป่วย (นันทกาญจน์ ปักยิ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลใน 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Nir, Greenberger, Bachner, 2009) แต่ญาติผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือน (ศรันยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555; สนิษฐา ขำดี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557; Niyomthai, Tonmukayaku, Wonghongkul, Panya, Chanprasit, 2010) เมื่อสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคงที่จะสังเกตเห็นปรากฏการณ์ดูแลทางบวกได้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปมาใช้ในการศึกษารั้งนี้

2.5.2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล คือ คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญของมุมมองของครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (mutuality) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถอธิบายคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลได้ Archobold และ Stewart (1986) ได้ให้ความหมายของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล หมายถึง ความสัมพันธ์ทางด้านบวกระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (shared pleasurable activities) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (reciprocity) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นคุณภาพทางด้านบวกระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล การศึกษาของอรกมล ภูณรงค์ และคณะ (2555) เป็นการศึกษาที่ต้องการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = -.28, p < .01$) อธิบายว่า บริบทของชาวมุสลิมสัมพันธภาพเกิดขึ้นภายในครอบครัวจากความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันแต่เนื่องมาจากญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกันทั้งเลี้ยงดูบุตร ประกอบอาชีพแทนสามีที่ป่วยและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาจึงส่งผลให้มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลางและมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและอาจกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ระหว่างบุคคล สังคมและวัฒนธรรมความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.400, p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ($r = -.471, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ($r = -.466, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ($r = -.161, p < .023$)

ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและครอบครัวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลทำให้เกิดกำลังใจที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้มีระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ที่ทำการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระดับสูงจะทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมีระดับต่ำ เนื่องจากความสัมพันธ์ต่าง

เกื้อกูลเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยและทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในบทบาทของผู้ดูแลได้ และผลการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ยังพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = .158, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ดีก็จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรกมล ประจวบลาภ และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุญาติผู้ดูแลสามารถทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของฉัตรกมล ประจวบลาภมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Wirojratana (2002) จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและบทบาทญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความเครียดของญาติผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของญาติผู้ดูแลตามมา

จึงจะเห็นได้ว่าการศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองน้อยและยังไม่มีความชัดเจนผู้วิจัยจึงสนใจจะทำการศึกษาในประเด็นนี้

2.5.3 รางวัลสำหรับการดูแล เป็นมุมมองทางบวกของครอบครัวญาติผู้ดูแลซึ่งมุมมองด้านบวกของญาติผู้ดูแลเรียกว่า รางวัลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถอ้างถึงความหมายและคุณค่าในสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากมาเติมเต็มบทบาทของผู้ดูแลซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้านคือ การทำให้ชีวิตที่มีความหมาย (rewards of meaning) การได้เรียนรู้ (rewards of learning) การได้ช่วยเหลือ (rewards from being there for the reciver) การได้รับประโยชน์ทางการเงิน (financial rewards) และ การได้รับคำชมจากผู้อื่น (rewards from others) จากการศึกษาของจूरรัตน์ กอผจญ และคณะ (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r = -.312, p < .01$) มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า รางวัลที่ได้รับจากการดูแลช่วยลดปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกความพึงพอใจในของญาติผู้ดูแลเป็นความรู้สึกด้านบวกถึงแม้ว่าบางครั้งจะมีความรู้สึกการเป็นภาระในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผลลัพธ์ปัจจัยด้านบวกจะทำให้สามารถ

ลดปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลได้ ความเครียดของญาติผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลมีความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมาก ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลไม่ดีตามมา(จิริรัตน์ กอผจญ และคณะ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ในประเทศไทย พบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r=-.249, p<.01$) สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลรู้ดีว่าการดูแลผู้ป่วยมีคุณค่า รู้สึกถึงมุมมองด้านบวกจากการดูแลคิดว่าเป็นรางวัลอย่างหนึ่งที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยก็จะส่งผลให้มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลไม่รู้สิ่งที่ดีต่อการดูแล รู้สึกการดูแลเป็นความยุ่งยาก เป็นภาระก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และผลการศึกษพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r=.116, p<.05$) สามารถอธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลมีรู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีคุณค่าเหมือนเป็นรางวัลของการดูแลก็จะทำให้ภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลดีไม่มีปัญหาขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย และผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลทางลบต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r=-.516, p<.01$) อธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาท การดูแลก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลที่ไม่ดี

จากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวยังไม่มีการศึกษารางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยตรงในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจและทำการศึกษาในประเด็นนี้

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพบว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลเป็นไปในทางบวกที่จะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดีขึ้นแต่งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ก็ยังคงมีการศึกษาที่น้อยร่วมกับปัจจัยรางวัลของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เป็นความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลของญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านบวกแม้ว่าขณะที่ดูแลจะมีความรู้ดีว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระแต่ก็จะมุมมองด้านบวกปรากฏออกมาเช่นกัน ซึ่งการศึกษาในเรื่องนี้ยังไม่มีปรากฏในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึง

มีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล
รางวัลของผู้ดูแลเป็นตัวแปรต้น กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรตาม
ในการศึกษาครั้งนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้อง ราววัดสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี เป็นจำนวน 100 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของผู้ดูแลดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาและคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

2. เป็นผู้ดูแลหลัก เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา ลูกและญาติผู้ดูแล โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านกับผู้ป่วยก็ได้ ไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. ดูแลผู้ป่วยนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
4. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อนหรือผู้ที่ได้รับค่าจ้างเป็นค่าตอบแทน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เหนื่อยล้าและเกิดความเครียดจนตอบแบบสอบถามมากและมีความประสงค์จะยุติถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ค่า $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ $\text{power} = .80$ และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดค่า effect size ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (medium effect size) $= .30$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ตามข้อเสนอแนะของ Polit และ Beck (2008) ที่ว่าวิจัยทางการพยาบาลสามารถกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา (Polit & Beck, 2008) และได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

แหล่งที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 21 ข้อ
แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.3.1.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล อาการปัจจุบันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ

3.3.1.2 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ การได้รับการช่วยเหลือของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่น จำนวน 14 ข้อ

3.3.2 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

Archbold และ Stewart (1986) เป็นผู้สร้างแบบสอบถาม และ Wirojratana (2002) เป็นผู้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold และ Stewart (1986) ให้ตรงตามบริบทสังคมไทย เพื่อวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย	ให้	0 คะแนน
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย	ให้	1 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง	ให้	2 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก	ให้	3 คะแนน
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด	ให้	4 คะแนน

การแปลผลคะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์

ต่างเกือกลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .91-.95 (Archobold & Stewart, 1999)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และ ยุวดี ภาษา, 2556) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นั้นเป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้
 $skewness < 0$ แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย: ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง
 $skewness > 0$ แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา: ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านต่ำ
 $skewness = 0$ แสดงว่าข้อมูลมีความสมมาตร: ค่าคะแนนส่วนใหญ่มีความต่อเนื่อง จะได้โค้งสมมาตร มีลักษณะระฆังคว่ำ

3.3.3 แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล

Archbold และ Stewart (1986) เป็นผู้สร้างแบบสอบถาม Wirojratana (2002) เป็นผู้นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยและเป็นผู้แปลและดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลของ Archbold และ Stewart (1986) ให้ตรงตามบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย ให้ 0 คะแนน
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง ให้ 2 คะแนน
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก ให้ 3 คะแนน
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน
 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–104 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก

การแปลผลคะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-104 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .70-.94 (Archobold & Stewart, 1999)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และ ยุวดี ภาษา, 2556) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นั้นเป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้
 $skewness < 0$ แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง

skewness>0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านต่ำ

skewness=0 แสดงว่าข้อมูลมีความสมมาตร: ค่าคะแนนส่วนใหญ่มีความต่อเนื่อง จะได้โค้งสมมาตร มีลักษณะระฆังคว่ำ

3.3.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

SF-12 version 2 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือ SF-36 เป็นแบบสัมภาษณ์ของบริษัท Quality Metric Incorporate ประเทศสหรัฐอเมริกา พัฒนาขึ้นโดย Ware และคณะ (1998) เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้แพร่หลายทั่วโลก เครื่องมือ SF-12 ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 8 มิติ ดังนี้คือมิติ Physical Functioning (2 ข้อ) มิติ Role Physical (2ข้อ)มิติ Bodily Pain (1 ข้อ) มิติ General Health (1 ข้อ) มิติ Energy/Fatigue (1 ข้อ) มิติ Social function (1 ข้อ) มิติ Role Emotional (2 ข้อ) มิติ Mental Health (2 ข้อ) ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็น Likert scale โดยรายงานผลเป็นคะแนน 2 ส่วน คือ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Scores; PCS) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือข้อคำถามที่ 1,2ก, 2ข, 3ก, 3ข และ 5 เป็นคะแนนดิบด้านร่างกาย 26 คะแนน และคะแนนทางด้านจิตใจ (Mental Component Scores; MCS) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามคือข้อคำถามที่ 4ก, 4ข, 6ก, 6ข, 6ค และ 7 เป็นคะแนนดิบด้านจิตใจ 30 คะแนน รวมคะแนนดิบทั้งฉบับอยู่ในช่วง 12-56 คะแนน (Ware et al., 1998) จากนั้นแปลงเป็นคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร $(100/\text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{คะแนนต่ำสุด})$ การแปลผลคะแนน คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ช่วงคะแนน 50-100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ดวงแพง, และเขมรดี มาสิงบุญ, 2557) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อมีความแตกต่างกัน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1

ดีที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	5 คะแนน
ดีมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
ดี	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
พอใช้	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
แย่	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2 (2ก, 2ข)

ใช้จำกัดมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
จำกัดเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน

ไม่จำกัด ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 3 (3ก, 3ข), 4 (4ก, 4ข) และ 6 (6ค) และ 7

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
เป็นส่วนมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
ไม่เคย	ให้คะแนนเท่ากับ	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อ 5 ข้อ 6 (6ก, 6ค)

ไม่เคย	ให้คะแนนเท่ากับ	5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน

3.3.5 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ใช้ ประเมินสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) พัฒนาโดย Folstein และคณะ (1975) และได้รับการแปลเป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai Version หรือ MMSE-Thai-2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินฉบับนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเป็นการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น แบบทดสอบนี้จะประเมินการรับรู้วันเวลา สถานที่ (orientation) ความจำ (registration) การคิดเลข (attention and calculation) การทวนความจำในอดีต (recall) การใช้ภาษาเกี่ยวกับการรู้จักชื่อสิ่งของ (name) การพูดซ้ำในสิ่งที่ผู้ทดสอบพูด (Repetition) การทำตามคำสั่ง (3 stage command) การอ่าน (reading) การเขียนคำที่มีความหมาย (writing) การทำภาพซ้ำ (copping) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) จะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (โดยไม่ได้ทำแบบทดสอบในข้อการลบเลข, การอ่านในใจและการเขียนประโยคที่มีความหมาย) สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา จะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาจะต้องได้คะแนน

ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล หากมีระดับคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.4.1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบเกี่ยวกับตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็น อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล 1 ท่าน โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, และ 4 แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความ สอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำและนำมาคำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ตามสูตรเมื่อคำนวณความตรงตามเนื้อหาได้แล้ว ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

สูตรการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล มีจำนวน 23 ข้อ จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 21 ข้อ ค่า CVI=0.91 และปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องและมีจำนวนลดลงเหลือ 21 ข้อ

2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 13 ข้อ ค่า CVI=0.87

3. แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 25 ข้อ ค่า CVI=0.96

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 12 ข้อ ค่า CVI=1

3.4.2.ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ผลค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลแบ่งคะแนนรวมทางด้านร่างกาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 คะแนนรวมทางด้านจิตใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และคะแนนรวมทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังจากผู้วิจัยผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขรหัสโครงการ IRB-NS2016/50.0407 วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2559 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีเลขรหัสโครงการ RBHEC 035/59 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2559 เพื่อขอรับการพิจารณาและให้คำรับรองในวิจัยนี้ พร้อมทั้งนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีให้สามารถเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลว่ามีโครงการวิจัยหากญาติผู้ดูแลมีความสนใจ พยาบาลผู้ประสานงานจะแนะนำให้พบผู้วิจัย

2.3 ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยให้ญาติผู้ดูแลทราบรวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงให้ญาติผู้ดูแลอ่านและตอบคำถามหากญาติผู้ดูแลไม่เข้าใจ หากญาติผู้ดูแลยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ญาติผู้ดูแลลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมวิจัย ในกรณีญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้และความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) หากญาติผู้ดูแลผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากญาติผู้ดูแลไม่ผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยจะส่งต่อไปให้พยาบาลผู้ประสานงานให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลรักษาต่อไป

2.4 ภายหลังจากญาติผู้ดูแลญาติผู้ดูแลลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในคลินิกนั้น เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทนญาติผู้ดูแล และเป็นผู้แจ้งญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์ เพื่อป้องกันความกังวลของญาติผู้ดูแล ในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

2.5 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม 4 ชุด จำนวน 74 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จำนวน 21 ข้อ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามรางวัลในการดูแล จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยจะชี้แจงโดยเน้นย้ำให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าเป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะแบ่งเวลาให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทำแบบสอบถาม 20 นาที พัก 15 นาที และทำต่ออีก 20 นาที

2.6 ในรายที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง และให้ญาติ ผู้ดูแลตอบโดยบันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบไว้ในแบบสอบถาม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

2.7 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในบริเวณใกล้เคียงกับห้องตรวจ โดยเป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้เป็นส่วนตัว และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจ หรือต้องติดต่อในแผนกอื่นๆ ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ หรือติดต่อกับแผนกอื่นๆก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายหลังเมื่อสะดวก

2.8 ขณะที่ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อย เหนื่อยล้ามากในขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้ยุติตอบแบบสอบถามได้ทันที และให้การพยาบาลในเบื้องต้น หากญาติผู้ดูแลอาการไม่ดีขึ้นจะยุติการตอบแบบสอบถาม

2.9 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้ง หากมีข้อมูลใดขาดหายไปครบถ้วน ขอความร่วมมือทำแบบสอบถามเพิ่มเติมตามความสมัครใจ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบสอบถามญาติผู้ดูแล ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม ใส่เลขที่แบบสอบถามเพื่อนับจำนวน

แบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานบางประการ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage)
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัดสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และความเบ้ (skewness)
3. การแปลผลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในด้านคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Score; PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิต (Mental Component Score; MCS) และนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์รางวัดสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากกรณีศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัดสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient ในตัวแปรความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และรางวัดสำหรับการดูแล ส่วนตัวแปรปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้ดูแลหลักที่นำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 100 ราย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 13 มกราคม 2560 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8:00–12:00 น. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ใช้ตารางประกอบคำบรรยายประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลและรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 การแปลผลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในด้านคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Score; PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิต (Mental Component Score; MCS)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean=71.42 ปี, SD=8.86, Min-Max=60-94 ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	50	50.0
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	30	30.0
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	20	20.0
เพศ		
ชาย	59	59.0
หญิง	41	41.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	64	64.0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	14.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	12.0
ปริญญาตรี	6	6.0
อนุปริญญา/ปวส.	4	4.0
สถานภาพสมรส		
คู่	63	63.0
หม้าย	23	23.0
แยกกันอยู่	6	6.0
โสด	6	6.0
หย่า	2	2.0
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	92	92.0
ไม่มีโรคประจำตัว	8	8.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว (ต่อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	33	33.0
โรคเบาหวาน	3	3.0
โรคไขมันในเส้นเลือด	2	2.0
โรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	36	36.0
โรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป	13	13.0
โรคอื่น ๆ	5	5.0
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ	53	53.0
จ่ายตรง/สิทธิเบิกได้	36	36.0
สิทธิผู้พิการ	11	11.0
อาการของผู้สูงอายุขณะดูแล		
ผู้สูงอายุรู้สึกตัว	98	98.0
ผู้สูงอายุไม่รู้สึก	2	2.0
การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ		
อ่อนแรงข้างซ้าย	54	54.0
อ่อนแรงข้างขวา	33	33.0
อ่อนแรงทั้งสองข้าง	12	12.0
ครึ่งล่าง	1	1.0
มีปัญหาการสื่อสาร	66	66.0
ไม่มีปัญหาการสื่อสาร	34	34.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.0 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.42 ปี (SD=8.86) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.0 สถานภาพสมรสคู่จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.0 มีโรค

ประจำตัวจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.0 ส่วนใหญ่มีสิทธิ์การรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.0 อาการของผู้สูงอายุขณะดูแลส่วนใหญ่มีระดับการรู้สึกร่างกาย จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.0 อ่อนแรงซีกซ้าย จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.0 และไม่มีปัญหาสื่อสาร จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean=51.49 ปี, SD=13.73, Min-Max=20-84 ปี)		
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46–59 ปี)	38	38.0
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (31–45 ปี)	23	23.0
วัยผู้สูงอายุตอนต้น (60–69 ปี)	21	21.0
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21–30 ปี)	9	9.0
วัยผู้สูงอายุตอนกลาง (70–79 ปี)	7	7.0
วัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	1	1.0
เพศ		
หญิง	70	70.0
ชาย	30	30.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	40	40.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	36	36.0
ปริญญาตรี	13	13.0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	6.0
สูงกว่าปริญญาตรี ป.โท	3	3.0
สถานภาพ		
คู่	71	71.0
โสด	9	9.0
หย่า	5	5.0
หม้าย	4	4.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ (ต่อ)		
แยกกันอยู่	1	1.0
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	28	28.0
ธุรกิจส่วนตัว	27	27.0
ข้าราชการ	11	11.0
แม่บ้าน	9	9.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	6.0
ข้าราชการบำนาญ	5	5.0
ขณะที่ดูแลผู้ป่วย		
ทำงานประจำ	66	66.0
ไม่ได้ทำงานประจำ	34	34.0
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
<20,000	67	67.0
20,000–39,999	22	22.0
70,000 บาทขึ้น	7	7.0
40,000–49,999	3	3.0
50,000–69,999	1	1.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	40	40.0
ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	37	37.0
เพียงพอและเหลือเก็บ	23	23.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	49	49.0
สามี/ภรรยา	35	35.0
ญาติพี่น้อง	16	16.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ชม./วัน)		
17-24	56	56.0
<8	23	23.0
8-16	21	21.0
ระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)		
<2 ปี	48	48.0
2 ปีขึ้นไป	23	23.0
>10 ปีขึ้นไป	15	15.0
4 ปีขึ้นไป-10 ปี	14	14.0
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	95	95.0
มี	5	5.0
4-10 ปี	2	2.0
>10 ปีขึ้นไป	2	2.0
<2 ปี	1	1.0
โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล		
ไม่มี	43	43.0
ไม่ทราบ	5	5.0
มี	52	52.0
ความดันโลหิต	16	16.0
โรคร่วม	9	9.0
ไขมันในเส้นเลือด	7	7.0
เบาหวาน	2	2.0
โรคอื่น ๆ	18	18.0
ขณะนี้ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน		
ไม่มี	80	80.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ขณะนี้ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน (ต่อ)		
มี	20	20.0
มารดา	8	8.0
บิดา	3	3.0
บุตร	3	3.0
หลาน	3	3.0
บิดาและมารดา	3	3.0
น้องสาว	2	2.0
ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)		
ไม่มีประสบการณ์	80	80.0
มีประสบการณ์	20	20.0
4-10 ปี	6	6.0
2 ปีขึ้นไป – 4 ปี	5	5.0
>10ปีขึ้นไป	5	5.0
<2 ปี	4	4.0
ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์		
มี	76	76.0
ไม่มี	24	24.0
ญาติพี่น้อง	46	46.0
บุตร/หลาน	25	25.0
คู่สมรส	4	4.0
เจ้าหน้าที่/รพ.สต./เทศบาล	1	1.0
ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ		
มี	85	85.0
ไม่มี	15	15.0
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ+เบี้ยผู้พิการผู้สูงอายุ	37	37.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ (ต่อ)		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	27	27.0
อื่น ๆ	19	19.0
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ+เบี้ยผู้พิการ+รพ.สต.	2	1.0
ข้าราชการบำนาญของผู้สูงอายุ	1	18.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย โดยมีอายุตั้งแต่ 20-84 ปี อายุเฉลี่ย 51.49 ปี SD=13.73 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นร้อยละ 28.0 ขณะที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องทำงานประจำร่วมกับดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 66 ส่วน กลุ่มตัวอย่างใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.0 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.0 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 35.0 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 56.0 และได้ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 48.0 ญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้โรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ร้อยละ 95.0 มากกว่าครึ่งญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.0 และในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่ต้องดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้านร่วมด้วย ร้อยละ 80.0 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว/ชุมชน ร้อยละ 76.0 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 46.0 และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆ มากที่สุด ร้อยละ 85.0 โดยผู้ที่ให้ความช่วยเหลือมากที่สุดคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและเบี้ยผู้พิการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 37.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลและรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล (N=100 คน)

ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD
ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ	3.64	0.60
ท่านมีความรักในตัวผู้สูงอายุ	3.64	0.56
ท่านรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ	3.59	0.59
ท่านมีความสุขที่มีเวลาอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุ	3.54	0.66
ท่านและผู้สูงอายุให้ความสำคัญ(คุณค่า)กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดในชีวิต	2.84	1.06
ท่านชอบนั่งพูดและพูดคุยกับผู้สูงอายุ	2.82	1.10
ท่านชอบพูดคุยกันอย่างสนุกสนานกับผู้สูงอายุ	2.74	1.20
ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความซาบซึ้งในตัวท่านในสิ่งที่ท่านปรนนิบัติต่อผู้สูงอายุ	2.71	1.10
ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยหรือฟังความหลังกับผู้สูงอายุ	2.60	1.15
ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน	2.58	1.25
ท่านและผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกันในเรื่องต่าง ๆ	2.51	0.84
ผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือท่าน	2.11	1.39
ผู้สูงอายุให้กำลังใจและเห็นใจท่าน	2.04	1.46
เมื่อท่านมีความสุข ผู้สูงอายุช่วยปลอบทำให้ท่านสบายใจ	1.78	1.48
ท่านปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ	1.46	1.46
คะแนนรวมทั้งหมด	40.60	9.52

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ (Mean= 3.64, SD=0.60) ท่านมีความรักในตัวผู้สูงอายุ (Mean=3.64, SD=0.56) และท่านรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ (Mean=3.59, SD=0.60) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและ

ญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 18-59 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน) Mean=40.60, SD=9.52 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกือกระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ข้อมูลเบ้ไปทางซ้ายค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนข้างไปทางด้านสูง (skewness=-0.29)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 100 คน)

ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	mean	SD
การดูแลผู้สูงอายุเองทำให้ประหยัคมากกว่าจ้างคนอื่นมาดูแลหรือส่งผู้สูงอายุไปที่สถานรับดูแลคนชรา	3.80	0.55
การดูแลผู้สูงอายุถือว่าการตอบแทนบุญคุณ	3.53	0.73
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านปิติยินดี	3.50	0.56
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น	3.49	0.63
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านรู้สึกได้ทำบุญซึ่งอาจทำให้ชีวิตดีในชาตินี้	3.48	0.67
เวลาผ่านไปการดูแลผู้สูงอายุทำได้ง่ายขึ้น	3.46	0.64
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านได้ทำสิ่งที่มีความสำคัญ	3.45	0.58
การดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำความดี	3.45	0.69
ท่านรู้สึกดีที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข	3.44	0.54
การดูแลผู้สูงอายุทำให้เข้าใจสภาพคนชราทั่วไป	3.43	0.57
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านรู้สึกว่าจะมีชีวิตที่ดีในอนาคต	3.42	0.71
ท่านรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความต้องการ	3.41	0.57
ท่านรู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้สูงอายุเพราะรู้สึกว่าคุณได้ทำประโยชน์	3.40	0.51
การดูแลผู้สูงอายุทำให้เข้าใจความชราที่จะเกิดกับท่าน	3.39	0.70
การดูแลผู้สูงอายุทำให้มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวท่าน	3.38	0.57
ท่านรู้สึกปลื้มใจที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข	3.38	0.53
การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านได้ทำในสิ่งที่ท่านตั้งใจ	3.34	0.67
ท่านเรียนรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดกับผู้สูงอายุ	3.33	0.59
การดูแลผู้สูงอายุทำให้เข้าใจกระบวนการความชรา	3.33	0.57
การดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินไปได้ง่ายทำให้ท่านมีความสุข	3.32	0.60
ท่านมีความสุขที่ได้รับคำชมจากครอบครัว	3.12	0.84
ท่านได้รับคำชมว่าเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ	3.09	0.90

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100 คน) ต่อ

ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	mean	SD
ท่านมีความสุขที่ญาติพี่น้องมองว่าท่านเป็นคนดี	3.06	1.00
ท่านรู้สึกดีเนื่องจากเพื่อนบ้านหรือแพทย์พยาบาลเห็นว่าท่านเป็นคนดี	3.02	1.06
การดูแลผู้สูงอายุมีส่วนช่วยภาวะการเงินของท่าน	1.75	1.42
การดูแลผู้สูงอายุมีส่วนช่วยฐานการเงินของท่านในอนาคต	0.97	1.22
คะแนนรวมทั้งหมด	83.74	9.78

รางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุเองทำให้ประหยัดมากกว่าจ้างคนอื่นมาดูแลหรือส่งผู้สูงอายุไปสถานรับดูแลคนชรา (Mean=3.80, SD=0.55) การดูแลผู้สูงอายุทำให้รู้สึกได้ตอบแทนบุญคุณ (Mean=3.53, SD=0.73) และการดูแลผู้สูงอายุทำให้รู้สึกปีติ (Mean=3.50, SD=0.56) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 58–100 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 104 คะแนน) Mean=83.74, SD=9.78 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเบ้ไปทางซ้าย ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนข้างไปทางด้านสูง (skewness=-0.48)

ส่วนที่ 3 การแปลผลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม ด้านคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Score; PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิต (Mental Component Score; MCS)

ตารางที่ 4.5 ค่าคะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 100)

คุณภาพชีวิต	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	mean	SD	ระดับ
โดยรวม	0.00	100.00	76.15	19.18	ดี
ด้านสุขภาพกาย (PCS)	0.00	100.00	77.6	18.25	ดี
ด้านสุขภาพจิต (MCS)	0.00	100.00	75.19	24.09	ดี

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=76.15, SD=19.18) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย (PCS) อยู่ในระดับดี (Mean=77.6, SD=18.25) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (Mean=75.19, SD=24.09)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์การกระจายของตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test ได้ค่า Komogorov-Smirnov $Z=0.099, .363, .242, .098, .089$ และ $.207$ ได้ค่า $p=.18, .000, .000, .019, .049$ และ $.000$ ตามลำดับ ดังภาคผนวก ข. ตารางที่ 4.8 สรุปผลการทดสอบได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ในการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิต

และใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient ในการหาความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้อง ราววัดสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ได้ค่า $F=.099, .601, .678, .913$ และ $.742$ ได้ค่า $Eta=.160, .013, .104, .049$ และ $.126$ ตามลำดับ สรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 4.6

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาและ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล				Fisher's Exact Test	Eta
	ดี		ไม่ดี			
	n	%	n	%		
เพศ						
เพศชาย	29	96.7	1	3.3	.099	.160
เพศหญิง	60	85.7	10	14.3		
อายุ						
วัยผู้ใหญ่	63	88.7	8	11.3	.601	.013
วัยผู้สูงอายุ	26	89.7	3	10.3		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	83.3	1	16.7	.678	.104
ประถมศึกษา	36	90.0	4	10.0		
มัธยมศึกษา/ปวช.	31	86.1	5	13.9		
อนุปริญญาตรี/ปวส. ขึ้นไป						
ไป	17	94.4	1	5.6		

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาและ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล				Fisher's Exact Test	Eta
	ดี		ไม่ดี			
	n	%	n	%		
ระยะเวลาการดูแล(ชม./วัน)						
< 8 ชม./วัน	19	86.4	3	13.6	.913	.049
8-16 ชม./วัน	20	90.9	2	9.1		
17-24 ชม./วัน	50	89.0	6	10.7		
ระยะเวลาการดูแล (เดือน)						
< 24 เดือน	43	89.6	5	10.4		
24-48 เดือน	21	91.3	1	8.7	.742	.126
48-120 เดือน	13	92.9	2	7.1		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุตระหนักรู้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=287$) ส่วนตัวแปรรางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3
1.ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	1.00		
2.รางวัลสำหรับการดูแล	.132	1.00	
3.คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	.287**	1.77	1.00

** p<0.01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัล สำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล รางวัล สำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart (1986) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2555; ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียเชื้อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2557; ปิยนุช ภิญโย, และเพชรไสว ลิ่มตระกูล, 2558; วาสนา มุลสิฐ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559; Niyomthai, Tonmukayakul, Wonghongkul, Panya, & Chanprasit, 2010; Jarcz et al., 2015) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 49) รองลงมา มีความสัมพันธ์โดยเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 35) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด (นันทกาญจน์ ปักขี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559; วารุณี เรืองมี และเนตรนภา คู่พันธ์วี, 2559; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557) รองลงมา เป็นหน้าที่ของคู่สมรส สามี/ภรรยา (อรอนงค์ กุลณรงค์ และคณะ, 2555; ปิยนุช ภิญโย และเพชรไสว ลิ่มตระกูล, 2558; อุ๋นเรือน

ศรอากาศ, วรณิ เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์, 2558) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ค่านิยมของสังคมไทย เพศหญิงเป็นเพศที่มีหน้าที่ดูแล เป็นเพศที่มีความอ่อนโยน จึงเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดี (นิชธิมา ศรีจางง, 2553; อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554; คณิศร เต็งรัง, ศิราณี ศรีหาภาค, และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2557) ประกอบกับวัฒนธรรมในสังคมไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องของบาปบุญ การดูแลผู้ป่วยถือเป็นการทำความดีและได้ทดแทนบุญคุณต่อบิดามารดา เป็นหน้าที่ที่บุตรพึงกระทำต่อบิดาและมารดาตามท่านแก่ชรา ผู้ใดได้ดูแลพ่อแม่ถือเป็นมงคลชีวิตที่จะทำให้ชีวิตราบรื่น ทำสิ่งใดก็จะประสบผลสำเร็จ เพราะเป็นผู้ที่มีความกตัญญู กตเวที (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; คณิศร เต็งรัง, และคณะ, 2557) และมีเหตุผลจากการเลือกคนในผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลัก อาจมีหลากหลายเหตุผลด้วยกัน คือ ผู้ดูแลมีฐานะทางสังคมด้อยจากคนอื่น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในครั้งนี้คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปจะได้รับมอบหมายจากคนในครอบครัวให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานที่ตนเคยทำเพื่อมารับบทบาทญาติผู้ดูแลอย่างเต็มที่และมีพี่น้องคนอื่นที่มีรายได้มั่นคงกว่าจะคอยช่วยสนับสนุนทางการเงิน (คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) และจากผลของการศึกษากลับมาครั้งนี้สามารถอธิบายได้เพิ่มเติมว่าทำไมจึงพบเพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย เพราะว่าลักษณะข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59) รองลงมาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 41) และสภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71) จึงส่งผลให้เพศหญิงที่เป็นญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศหญิงจึงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย

อายุของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46–59 ปี) (ร้อยละ 38) รองลงมาพบว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 31–45) (ร้อยละ 23) และวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60–69 ปี) (ร้อยละ 21) โดยมีอายุตั้งแต่ 20–84 ปี อายุเฉลี่ย 51.49 ปี (SD=13.73) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 21–59 ปี (นิชธิมา ศรีจางง, 2553; ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; นิชธิมา เสรีวิชสวัสดิ์, พงรัตน์ มณีวงษ์, อรณีย์ ศรีสุข, และนริมาย์ นิละไพจิตร 2557; วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559; อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2559; นันทกาญจน์ ปักขี และคณะ, 2559) เนื่องจากวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงกว่าวัยอื่น เพราะเป็นวัยที่กำลังทำงานหารายได้มาจุนเจือให้กับครอบครัว เป็นวัยที่สามารถปรับตัวได้ดี สามารถทนต่อความเครียดได้สูงกว่าคนในวัยอื่น มีประสบการณ์การจัดการความเครียดได้ดี (นิตยา ศรีจางง, 2559) กลุ่มคนวัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มในยุค Baby Boomer ซึ่งลักษณะเด่นของกลุ่มยุคนี้คือ มีระเบียบวินัยในตนเอง มีการช่วยเหลือและคำนึงถึงผู้อื่น รู้จักจัดการความสมดุลในชีวิตทั้งชีวิตการทำงานและเรื่องส่วนตัว (ธรรมรัตน์ อยู่พรต, 2556) เมื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือดสมองญาติผู้ดูแลจะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกันก็จะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล เพราะญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุก็จะมีร่างกายที่ไม่สมบูรณ์เนื่องมาจากมีโรคประจำตัว และร่างกายที่เสื่อมโทรมจากวัยผู้สูงอายุ หากต้องมารับบทบาทญาติผู้ดูแลก็จะเกิดปัญหาทางสุขภาพกับกลุ่มญาติผู้ดูแลในวัยนี้ (คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) จึงเป็นเหตุผลที่กลุ่มวัยผู้ใหญ่ถูกเลือกให้เป็นญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับการศึกษา จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 36) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษา (ทิววรรณ เกื้อนยัง, 2554; ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; นิชชีมา เสรีวิชยสวัสดิ์ และคณะ, 2557; วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559; นันทกาญจน์ ปักยี และคณะ, 2559) สามารถอธิบายว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46–59 ปี) (ร้อยละ 38) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวจะเกิดระหว่างปี พ.ศ. 2501-2514 เป็นยุค Baby Boomer สาเหตุที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา เพราะว่าพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2464 ตามมาตรา 5 เป็นพระราชบัญญัติประถมศึกษาภาคบังคับ มีเนื้อหาคือเด็กทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีบริบูรณ์ต้องเรียนอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาจนอายุได้ 14 ปีบริบูรณ์ และมาตราที่ 11 ว่าด้วยเรื่องการยกเว้นจากการเรียนอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาได้โดยจะต้องมีลักษณะดังนี้ เด็กอายุที่ต่ำกว่า 14 ปี เมื่อเรียนจบหลักสูตรประถมศึกษาหรือหลักสูตรอื่นที่เสนอบดีกระทรวงศึกษาธิการเห็นว่าเทียบเท่าได้ และสอบไล่ได้ประโยคประถมศึกษาตามหลักสูตรประถมศึกษาหรือหลักสูตรเทียบเท่า ก็สามารถออกจากโรงเรียนได้เพราะพ้นเกณฑ์บังคับ (พระราชบัญญัติประถมศึกษา, 2464) จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเพราะได้ผ่านการศึกษภาคบังคับแล้ว

ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุพบว่า จากการศึกษาศาญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 17–24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 56 และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาน้อยกว่า 2 ปี (ร้อยละ 48) สัมพันธ์กับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขั้นต่ำวันละ 12 ชั่วโมงขึ้นไป (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; อรอนงค์ กุลณรงค์ และคณะ, 2555; นิชชีมา เสรีวิชยสวัสดิ์ และคณะ, 2557; กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนชัยญา, และกิริดา ไกรนุวัตร, 2558; ยุทธกรานต์ ชินโสตร, 2559) การดูแลที่ยาวนานจะส่งผลต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และอ่อนล้าได้ (อรอนงค์ กุลณรงค์ และคณะ, 2555) ซึ่งระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีการศึกษาในประเทศไทยมีความหลากหลายด้วยกัน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูง

อายุโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 1 ปี (ธานินทร์ คุนยศยิ่ง, ลินจง ไปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558) ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (อุ้นเรือน ศรอากาศ และคณะ, 2558) ระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปีขึ้นไป (อนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ, 2559) บางการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี ถึง 8 ปี (นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปรียทฤท, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556) สรุปได้ว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบตลอดทั้งวัน และต้องใช้ระยะเวลานานหลายปีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 71 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสถานะสมรสอยู่ (นันทกาญจน์ ปักยี และคณะ, 2559; วาสนา มุลฐิ และคณะ, 2559) ด้านการประกอบอาชีพการศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 28) รองลงมา อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 20) และอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน (ร้อยละ 13) สนับสนุนการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างทั่วไป (ชนัญชิดาคุณวิฑูลศิริ และคณะ, 2554) เรื่องการประกอบอาชีพการศึกษาในครั้งนี้พบว่าขณะที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องทำงานประจำร่วมกับดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 66) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะดูแลผู้ป่วยก็จะทำงานประจำของตนเองด้วย (ศรัญญา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555; นันทกาญจน์ ปักยี และคณะ, 2559) ด้านรายได้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 67) สนับสนุนการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีรายได้ น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; จินดา รัตนกุล, ภัชรากร บุญรักษ์, และประไพ บุญย์เจริญเลิศ, 2556; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557; ยุทธกรานต์ ชินโสตร, 2559) เรื่องความเพียงพอของรายได้การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงินเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 40) รองลงมาไม่เพียงพอและไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 37) สอดคล้องกับการศึกษาสถานะทางการเงินของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (จินดา รัตนกุล และคณะ, 2556; สนิษฐา ขำดี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557; นันทกาญจน์ ปักยี และคณะ, 2559; อนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ, 2559) ในเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.0 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (อรอนงค์ ภูณรงค์ และ

คณะ, 2555; นัตรกมล ประจวบลาภ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และอัครวุฒิ วิริยเวชกุล, 2557) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.0 สนับสนุนการศึกษาในประเทศไทย ที่ได้ทำการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลส่วนใหญ่มิมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ (อนุสรณ์ แนนอุดร และคณะ, 2559) เป็นโรค ความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 สนับสนุนการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเส้นเลือด (วาสนา มุลลิจู และคณะ, 2559) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าในขณะที่ญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่ต้องดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ร่วมด้วย จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิก อื่นๆของครอบครัว/ชุมชนจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.0 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ พี่สาวและน้องสาว จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ พบว่าญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวสูงสุด (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการ ช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆ มากที่สุดจำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.0 โดยผู้ที่ให้ความ ช่วยเหลือมากที่สุดคือเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและเบี้ยผู้พิการของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.0 ซึ่งการได้รับเบี้ยผู้พิการ/เบี้ย ผู้สูงอายุเป็นความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือเรื่อง ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรเรื่องเพศกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการ วิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ตัวแปรเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่พบว่าเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สนับสนุน การศึกษาในประเทศไทยของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน พบว่า เพศไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) สนับสนุนการศึกษาของอนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 106 คน พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร จากความตึงเครียดที่สืบทอดกันมาจากศาสนาพุทธที่สั่งสอนและปลูกฝังให้บุตรควรกระทำหน้าที่ดูแลบิดามารดา ยามเจ็บป่วยหรือแก่ชรา ส่งผลให้บุตรไม่ว่าจะเพศชายและเพศหญิงตระหนักรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นบิดามารดาเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเป็นหน้าที่ของลูกที่พึงกระทำ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) จึงส่งผลให้ไม่ว่าจะเพศชายหรือเพศหญิงจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แม้ว่าผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไปและต้องมีความอดทนในการดูแลสูง และกลุ่มตัวอย่างมีสภาพสมรส ร้อยละ 71 ความสัมพันธ์สามี/ภรรยา ซึ่งคู่สามี/ภรรยาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดการดูแลจากความรัก ความเอาใจใส่ ความผูกพันที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในอดีต ส่งผลให้ขณะเจ็บป่วยก็ยังคงดูแลกัน เหมือนเป็น “คู่ทุกข์ คู่ยากกัน” การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ หรือเกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า เพราะทุกการกระทำล้วนเกิดจากความรัก จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) จึงทำให้เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ตัวแปรเรื่องอายุกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้นนั่นคือ ตัวแปรเรื่องอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของอนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 106 คน พบว่า ปัจจัยเรื่องอายุไม่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) ผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน พบว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศของ

Onabajo et al. (2013) ที่ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนในประเทศไนจีเรีย จำนวน 59 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่สามารถจัดการความเครียดได้ดี มีประสบการณ์สูง สามารถใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยพบมาดัดแปลงและแก้ไขปัญหามีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง เมื่อเจอสถานการณ์ความเครียดก็จะสามารถจัดการกับปัญหาได้ (นิตยา ศรีจางง, 2559) ประกอบกับจากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถได้พักร่างกายได้ไม่เหน็ดเหนื่อย มีคนมาช่วยผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557) ญาติผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองในแต่ละวัน ปรับเวลาในการทำงานร่วมกับการดูแลผู้ป่วย (สินินุช ขำดี และคณะ, 2557) ครอบครัวขยายที่มีญาติพี่น้องหลายคนคอยผลัดเปลี่ยนมาช่วยดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดการกลับมาเป็นซ้ำในโรงพยาบาลเพราะมีภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าครอบครัวเดี่ยวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังเพียงผู้เดียว (นิชริมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และคณะ, 2557) ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้อายุของผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษากครั้งนี้พบว่า ตัวแปรเรื่องการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ตัวแปรเรื่องการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในประเทศไทยของของอนุสรณ์ เน้นอุดร และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 106 คน พบว่า ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ผลการศึกษากครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศของ Onabajo et al. (2013) ที่ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนในประเทศไนจีเรีย จำนวน 59 คน พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาในต่างประเทศของ Yu, Hu, Efrt, & McCoy (2012) ที่ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กลไกการจัดการกับความเครียดกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน จำนวน 121 คน พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = 0.243$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Cramm, Strating, & Nieboer (2012) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล พบว่า การศึกษาของญาติผู้ดูแลมีผลความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความอดทน และมีความรับผิดชอบสูงผ่านประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ แม้ว่าจะต้องทำหน้าที่หลายบทบาท (นิตยา ศรีจันทร์, 2559) ประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ จัดตารางการดำรงชีวิตของตนเองใหม่ พร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยและทำงานด้วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีประสิทธิภาพ (ศรีนยา แสงมณี และคณะ, 2555) และญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องบาปบุญ การทดแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นบิดามารดาเป็นหน้าที่ของบุตรที่ควรกระทำ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลไม่ว่าจะอยู่ที่ระดับใดก็มีผลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรเรื่องระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ตัวแปรเรื่องระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเอมิกา กัลยาณี และคณะ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 130 คน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.115, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล แต่ปัจจัยเรื่องภาระจากการดูแล การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลและการได้รับการช่วยเหลือขณะที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล (กฤษฎี กุมขำ และคณะ, 2558) การได้รับการช่วยเหลือจากคนในสังคมจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชานินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลศิริ, 2558) การได้รับการช่วยเหลือจากทางสังคมโดยเฉพาะคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลไม่เครียดขณะดูแล (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557) เมื่อญาติผู้ดูแลไม่มีความเครียดขณะดูแล เพราะมีคนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระจากการดูแลก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีระดับดี ซึ่งสนับสนุนจากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ตอบสนองสังคมไทยที่บุตรจะถูกปลูกฝังให้ดูแลบิดามารดา ผู้ใดเลี้ยงดูบิดามารดาจะเป็นผู้ที่มีความกตัญญูกตเวที การดูแลผู้ป่วยจึงเกิดจากความรัก ความห่วงใยเพราะมีความเกี่ยวพันเป็นพ่อและแม่ (ณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่

ใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว/ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 76.0 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 46.0 การได้รับกำลังใจจากการดูแลจากคนรอบข้างขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความทุกข์ใจที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแล การแนะนำวิธีผ่อนคลายหรือการจัดการกับความเครียดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดี (เอมิกา กลยณี, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, และอารีวรรณ อ่อมตานี, 2558) จึงเป็นตัวสนับสนุนทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีได้ส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเพราะญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแลได้ดี

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Samarkit et al. (2010) ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 291 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Godwin, Swank, Veath, & Ostwald (2013) ที่ทำการศึกษาผลกระทบระยะยาวของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและลดความเครียดได้ ($F=15.56, p<.0001, F=4.70, p<0.01$ ตามลำดับ) ซึ่งความเครียดมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลถ้าสามารถลดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น (Hu, Kung, Rummans, Clark, & Lapid, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Shyu, Yang, Hang, & Hsu (2010) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรกมล ประจวบลาภ และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำนวน 106 คน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wirojratana

(2002) ที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 49 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 35 ซึ่งสังคมคนไทยมีความเชื่อเกี่ยวกับความกตัญญู กตเวทิต์ต่อผู้มีพระคุณ การดูแลบิดามารดาเป็นหน้าที่ของลูกที่จะต้องดูแลเมื่อพ่อและแม่ชราเพื่อตอบแทนพระคุณพ่อกับแม่ที่เลี้ยงดูมา (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) โดยบุตรสาวเป็นความคาดหวังจากสังคมที่จะต้องรับบทบาทดูแลพ่อและแม่ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ส่วนสามี/ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วย คนที่อยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลานานจนเกิดเป็นความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย เมื่อคู่ครองอีกฝ่ายเกิดเจ็บป่วยก็จะเป็นหน้าที่ของสามี/ภรรยาที่ต้องดูแล ทั้งนี้การดูแลก็จะอยู่ภายใต้ความรัก ความผูกพันที่เกิดขึ้นในอดีตจนถึงปัจจุบันก็ต้องอยู่ดูแลกัน และกันจนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะสิ้นชีวิตไป (คณิศร เต็งรัง และคณะ, 2557) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายคุณภาพของความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการหาความพึงพอใจในสถานการณ์การเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความรักและความชอบ การแบ่งปันความพึงในกิจกรรมการทำกิจกรรมด้วยกัน การแบ่งปันคุณค่าจากการดูแล และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อารมณ์ความใกล้ชิดสนิทสนมของผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทำให้เกิดมุมมองประสบการณ์ด้านบวกเกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย (Archobold & Stewart, 1986) จึงทำให้ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานข้อที่ 3 รางวัลสำหรับการดูแลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัย นั่นคือ รางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ที่ได้ทำการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บทางสมองในประเทศไทย จำนวน 291 คน พบว่า รางวัลสำหรับการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รางวัลสำหรับการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับ

ความสามารถของผู้ดูแลที่ให้เหตุผลของความหมาย คุณค่าที่ได้รับจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย (Archobold & Stewart, 1986)

การศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถอธิบายได้ว่า รางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าคะแนนรวมรางวัลสำหรับการดูแลก่อนไปทางด้านสูงแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจมีเหตุผลญาติผู้ดูแลมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลมีบทบาททางสังคมน้อยกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28 ผู้ดูแลบางรายเป็นผู้พิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัว พบร้อยละ 5 จากการสังเกตขณะเก็บข้อมูล พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นการตกลงในครอบครัวโดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธได้ จึงอาจทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในการดูแล อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับจากการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของของ คณิศร เต็งรัง และคณะ (2557) ที่พบว่าผู้ดูแลที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเนื่องมาจากสถานะการทำงานที่เมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องในครอบครัวอาจจะเป็นบุคคลที่มีรายได้ไม่แน่นอนหรือมีรายได้ น้อยที่สุดข้อมูลนี้ได้จากการศึกษา ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลเพราะมีบทบาททางสังคมน้อยกว่าบุคคลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่พบว่าญาติผู้ดูแลจะประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง สามารถเดินทางไปกลับบ้านได้ แตกต่างจากพี่น้องคนอื่นในครอบครัวที่อยู่ในชุมชนเมืองหรือต่างพื้นที่ ทำให้การเดินทางไปกลับเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุทำได้ลำบาก และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพตนเองและต้องการการพึ่งพาทางสุขภาพ แต่คนในกลุ่มนี้ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเพราะสมาชิกที่มีสุขภาพดีต้องออกไปรับบทบาททำงานนอกบ้าน บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงตกเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความพิการทางร่างกาย หรือความเป็นเพศหญิงที่ถูกคาดหวังว่าจะต้องมีหน้าที่ดูแลบิดามารดาเมื่อท่านอายุมาก จึงเป็นข้อตกลงในครอบครัวโดยที่ผู้ดูแลรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธบทบาทผู้ดูแลนี้ได้ ญาติผู้ดูแลอาจไม่ได้นึกถึงว่าการดูแลนี้เป็นรางวัลที่ได้จากการดูแล แต่สามารถที่จะทำบทบาทนี้ได้ เพราะวัฒนธรรมสังคมไทยที่ปลูกฝังให้ลูกทุกคนจะต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ รู้สึกความกตัญญู กตเวทิตะ คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่ลูกต้องทำต่อพ่อแม่ การดูแลพ่อแม่ไม่ใช่ภาระ การดูแลพ่อแม่เมื่อท่านแก่ชราเป็นการตอบแทนบุญคุณ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) เป็นหน้าที่ที่ลูกต้องทำต่อพ่อแม่ และถือเป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นความกตัญญูที่มีในตัวตนที่เป็นบุตร (อนุสรณ์ แนนอุดรณ์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้ผลการศึกษากครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่าประมาณ 2 ปี ร้อยละ 48 ระยะเวลาที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ด้านบวกเริ่มตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 1 ปีและจะมี

ประสบการณ์ด้านบวกมากยิ่งขึ้นเมื่อมีระยะเวลายาวนานขึ้น (Mackenzie & Greenwood, 2012) แต่อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเองและมีความคุ้นเคยกับบทบาทที่ตนปฏิบัติเป็นเวลานาน จึงทำให้การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของญาติ ประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับนั้นอาจจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้อง ราววัดสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งวิจัยเชิงบรรยายนี้ได้นำแนวคิด The Family Care Model ที่ได้รับการพัฒนาโดย Archbold และ Stewart (Archbold and Stewart, 1986) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งได้ทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายเพศหญิงเป็นผู้ดูแลหลักและนำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 13 มกราคม 2560 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8:00–12:00 น. เป็นระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ เอกสารหมายเลขที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยเป็นผู้คิดขึ้นมาใช้เอง เอกสารหมายเลขที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล เอกสารหมายเลขที่ 3 เป็นแบบสอบถามประเมินรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินเอกสารหมายเลขที่ 2 และ 3 ทั้งสองถูกสร้างโดย Archbold & Stewart (1986) และมีในประเทศไทย โดย Wirojratana (2002) ได้แปลแบบสอบถามและดัดแปลงแบบแบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามประเมินรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1986) ให้เหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลของคนในสังคมไทย เอกสารหมายเลขที่ 4 เป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (SF 12 version 2 ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินของบริษัท Quality Metric Incorporate ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับการพัฒนาโดย Ware และคณะ (1998) และถูกนำมาใช้กันอย่างหลากหลายทั่วโลก เอกสารหมายเลขที่ 5 เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) พัฒนาโดย Folstein, Folstein, & McHugh (1975) และได้รับการแปลเป็นแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai

Version หรือ MMSE-Thai-2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) จำนวน 11 ข้อ จะใช้เพื่อคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัยจะต้องผ่านแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งแบบสอบถามเอกสารหมายเลขที่ 1-4 ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้ค่า CVI=0.91, 0.87, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.8 ขึ้นไป และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามประเมินรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (SF-12 version 2 ฉบับภาษาไทย) แบ่งเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย คะแนนรวมทางด้านจิตใจ และคะแนนรวมทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ 0.895, 0.893, 0.72, 0.781 และ 0.835 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้กระทำหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลราชบุรี โดยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 รายตามที่กำหนด ก่อนทำการสอบถามแบบสอบถามกับญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มสอบถามแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่จากการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science /Windows) การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage)
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และความเบ้ (skewness)

3. การแปลผลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในด้านคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Score; PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิต (Mental Component Score; MCS) และนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์รางวัลในการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.0 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.42 ปี (SD=8.86) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.0 มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.0 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.0 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรู้สึกรู้ตัว ร้อยละ 98.0 อ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 52.0 และไม่มีปัญหา ร้อยละ 66.0

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 ราย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 มีอายุตั้งแต่ 20-84 ปี อายุเฉลี่ย 51.49 ปี (SD=13.73) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 38.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.0 ขณะที่ดูแลส่วนใหญ่ยังคงต้องทำงานประจำร่วมกับดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 66 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.0 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 35.0 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 56.0 และได้ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 48.0 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 95.0 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิต

สูงมากที่สุด ร้อยละ 16.0 และในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่ต้องดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้านร่วมร้อยละ 80.0 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว/ชุมชนร้อยละ 76.0 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือญาติพี่น้องร้อยละ 46.0 และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆ มากที่สุดร้อยละ 85.0 โดยผู้ที่ให้ความช่วยเหลือมากที่สุดคือเบิยยังชีพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและเบิยผู้พิการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 37.0

3.วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึทของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ (mean = 3.64, SD=0.60) ท่านมีความรักใจตัวผู้สูงอายุ (Mean=3.64, SD=0.56) และท่านรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ (Mean=3.59, SD=0.60) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 18-59 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน) Mean=40.60, SD=9.52 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ข้อมูลเบิยไปทางซ้ายค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง (skewness=-0.29)

4.วิเคราะห์ข้อมูลรางวัลสำหรับการดูแล จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึทของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุเองทำให้ประหยัดมากกว่าจ้างคนอื่นมาดูแลหรือส่งผู้สูงอายุไปสถานรับดูแลคนชรา (Mean=3.80, SD=0.55) การดูแลผู้สูงอายุทำให้รู้สึกได้ตอบแทนบุญคุณ (Mean=3.53, SD=0.73) และการดูแลผู้สูงอายุทำให้รู้สึก ปิติ (Mean=3.50, SD=.56) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 58-100 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 104 คะแนน) Mean=83.74, SD=9.78 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเบิยไปทางซ้าย ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง (skewness=-.48)

5.คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=76.15, SD=19.18) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย (PCS) อยู่ในระดับดี (Mean=77.6, SD=18.25) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (Mean=75.19, SD=24.09)

6.วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานบางประการของญาติผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนตัวแปรรางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.287, p<.05, r=1.77, p<.05$) ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบ cross – sectional จึงเป็นข้อมูล ณ เวลานั้นหากมีการติดตามการดูแลระยะยาวอาจทำให้ปรากฏการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นข้อจำกัดในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) กล่าวคือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถใช้อธิบายคุณภาพของความสัมพันธ์ได้ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถผ่านสถานการณ์การดูแลที่เป็นผลกระทบและอุปสรรคขณะที่ทำการดูแลผู้สูงอายุได้ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นมุมมองด้านบวกที่เป็นประสบการณ์ที่ดีที่จะเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลขณะที่ทำการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มาจากความรัก ความเป็นห่วงเป็นใยย่อมจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกเบื่อหน่ายและเกิดความเครียดในขณะที่ดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังใจญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คอยช่วยเหลือและแนะนำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และควรสร้างเจตคติที่ดี ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักความเอาใจใส่ ให้กับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และควรมีการติดตามดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเพื่อคอยช่วยเหลือหากมีกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และนำความรู้ที่ได้ไปช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

THE CORRELATION BETWEEN SOME BASIC CONDITION FACTORS, MUTUALITY,
REWARDS OF CAREGIVING, AND QUALITY OF LIFE OF FAMILY CAREGIVERS
CARING FOR OLDER PERSONS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

นพวรรณ ดวงจันทร์ 5736860 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชาพรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL
NURSING), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้พบโรคหลอดเลือดสมองได้สูงในวัยผู้สูงอายุ (Engstad, Viitanen, & Ellekjaer, 2012) รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยสูงสุดในกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2557) ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวผู้สูงอายุและต่อญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ด้านลบเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาในต่างประเทศเรื่องการเป็นภาระพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกการเป็นภาระจากการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิต (Narasipuram & Kasimabanti, 2012; Grant et al., 2013; Ogunlana et al., 2014; Olai, Borgquist, & Swardsudd, 2015) การศึกษาเกี่ยวกับ

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลพบว่าการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Feng et al., 2009; Clay et al., 2013) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาภาระของญาติผู้ดูแลและการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .176, p < .01$) (อนุสรณ์ แนนอุดร และคณะ, 2559) และการรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (ชานินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558)

ขณะเดียวกันประสบการณ์การดูแลด้านบวกนั้นมีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแลและทำให้ญาติผู้ดูแลพอใจและเกิดความสุขในการดูแลอาจทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ด้านบวกจะมีความความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลเป็นแหล่งกำลังใจให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Mackenzie & Greenwood, 2012) ผู้ดูแลที่มีทัศนคติด้านบวกจะมีความพึงพอใจที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าเป็นภาระเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยและเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญตามศาสนาและมีวิธียุติวิธีเมื่อเกิดปัญหาเครียดขณะดูแลผู้ป่วย (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ความเครียด การรู้สึกการเป็นภาระเป็นตัวแปรที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง แต่ภายใต้สถานการณ์เดียวกันหากผู้ดูแลเกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (closed relationship) มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย (satisfaction) รู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อดูแลผู้ป่วย (success) ได้แหล่งสนับสนุนที่ดีจากคนในครอบครัวและสังคม (facilitator) จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น (Mackenzie & Greenwood, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ผลการศึกษายังไม่มีความชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิต การศึกษาของ Onabajo และคณะ (2013) พบว่าเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อายุของผู้ดูแลยังไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Ogunlana และคณะ (2014) พบว่าญาติผู้ที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก (น้อยกว่า 35 ปีขึ้นไป) ระดับการศึกษายังไม่มีความชัดเจนเช่นกันเนื่องจากการศึกษาของ Baumann และคณะ (2012) พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาไม่มีการศึกษาของระดับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยตรง ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การศึกษาพบว่าระยะเวลาการดูแลที่นานทำให้ผู้ดูแลมีการเพิ่มเติมทักษะในการดูแลจนเกิดความมั่นใจทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้จนเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจึงไม่มีผลกระทบต่ตัวของ

ผู้ดูแลเหมือนกับเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกซึ่งผู้ดูแลมีความยากลำบากมากในการดูแล เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะ (Mackenzie & Greenwood, 2012) ระยะเวลาในการดูแลจึงเป็นอีกตัวแปรที่ควรศึกษาระหว่างระยะเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาใดที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (mutuality) เป็นคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นประสบการณ์ด้านบวกของการดูแลเกิดขึ้นได้จากการดูแล การศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = .158$, $p < .01$) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้พยาบาลเจ็บที่สมองกับญาติผู้ดูแลสูงจะส่งผลทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลง ($r = -.207$, $p < .01$) อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นเพราะความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = -.516$, $p < .01$) (Samarkit et al., 2010) แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) เป็นมุมมองด้านบวกของญาติผู้ดูแลจากการศึกษาของจอร์จัน กอผจญ และคณะ (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของรางวัลที่ได้รับจากการดูแล กับปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r = -.312$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarkit และคณะ (2010) ได้มีการศึกษารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับภาวะสุขภาพผู้ดูแลพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .12$, $p < .05$) แต่การศึกษารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศนั้นยังน้อย จึงเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านบวกของญาติผู้ดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลยังมีจำนวนน้อย

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (some basic condition factors) และประสบการณ์ด้านบวก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (mutuality) และรางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายใต้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart (1986) ผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเพื่อจะช่วยเหลือเสริมให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัล
สำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลมี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model เป็นแนวคิดที่ได้รับการ
พัฒนาจาก Archbold และ Stewart (1986) ซึ่งจะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติ
ผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแลจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ
ญาติผู้ดูแลซึ่งการศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive
correlative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล
รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยโรงพยาบาล ราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)
2. เป็นญาติผู้ดูแลหลักไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. ดูแลผู้ป่วยนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
4. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ค่า $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ $\text{power} = .80$ และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดค่า effect size ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (Medium effect size) = .30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย และได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

Archbold & Stewart (1986) เป็นผู้สร้างแบบสอบถาม และ Wirojratana (2002) เป็นผู้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold และ Stewart (1986) ให้ตรงตามบริบทสังคมไทย เพื่อวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล

Archbold & Stewart (1986) เป็นผู้สร้างแบบสอบถาม Wirojratana (2002) เป็นผู้นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยและเป็นผู้แปลและดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลของ Archbold & Stewart (1986) ให้ตรงตามบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-104 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นแบบสัมภาษณ์ของบริษัท Quality Metric Incorporate ประเทศสหรัฐอเมริกา พัฒนาขึ้นโดย Ware และคณะ (1998) ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 8 มิติ ดังนี้คือมิติ Physical Functioning (2 ข้อ) มิติ Role Physical (2ข้อ) มิติ Bodily Pain (1 ข้อ) มิติ General Health (1 ข้อ) มิติ Energy/Fatigue (1 ข้อ) มิติ Social function (1 ข้อ) มิติ Role Emotional (2 ข้อ) มิติ Mental Health (2 ข้อ) ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็น Likert scale ช่วงคะแนนแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ช่วงคะแนน 50 – 100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ COA No. IRB-NS-2016/50.0407 เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรีหมายเลขเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ COA-RBHEC 022/2016 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2559

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีให้สามารถเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือและแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยโดยสังเขป วัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการบอกกล่าวจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 4 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องผ่านเกณฑ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์แบบแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) หากกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 4 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ผู้วิจัยจะส่งต่อให้พยาบาลผู้ประสานงานให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

4. ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟัง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม ใส่เลขที่แบบสอบถามเพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด การนำข้อมูลไปอภิปราย

หรือเผยแพร่ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยใช้เลือกใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเลือกใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 ถึง 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.42 ปี (SD = 8.86) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตร้อยละ 33.0 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.0 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้สีกตัว ร้อยละ 98.0 อ่อนแรงซีกซ้ายเกือบทั้งหมดร้อยละ 54.0 และไม่มีปัญหาสื่อสาร ร้อยละ 66.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 100 ราย โดยมีอายุตั้งแต่ 20–84 ปี อายุเฉลี่ย 51.49 ปี (SD = 13.73) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นร้อยละ 28.0 ขณะที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องทำงานประจำร่วมกับดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 66 ส่วน กลุ่มตัวอย่างใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.0 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.0 ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 35.0 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17–24 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 56.0 และระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 48.0 ญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้โรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 95.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 46.0

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรเรื่องเพศกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรตอบสนองสังคมไทยที่บุตรจะถูกปลูกฝังให้ดูแลบิดามารดา ผู้ใดเลี้ยงดูบิดามารดาจะเป็นผู้ที่มีความกตัญญูกตเวที การดูแลผู้ป่วยจึงเกิดจากความรัก ความห่วงใยเพราะมีความเกี่ยวพันเป็นพ่อและแม่ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) และกลุ่มตัวอย่างมีสภาพสมรส ร้อยละ 71 ความสัมพันธ์สามี/ภรรยา ซึ่งคู่สามี/ภรรยาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดการดูแลจากความรัก ความเอาใจใส่ ความผูกพันที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในอดีต ส่งผลให้ขณะเจ็บป่วยก็ยังคงดูแลกัน เหมือนเป็น “คู่ทุกข์คู่ยากกัน” การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ หรือเกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า เพราะทุกการกระทำล้วนเกิดจากความรัก จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (คณิศร เติ่งรัง และคณะ, 2557) จึงทำให้เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่สามารถจัดการความเครียดได้ดี มีประสบการณ์สูง สามารถใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยพบมาคิดแปลงและแก้ไขปัญหา มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง เมื่อเจอสถานการณ์ความเครียดก็จะสามารถจัดการกับปัญหาได้ (นิตยา ศรีจันง, 2559) ประกอบกับการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถได้พักร่างกายได้ ไม่เหนื่อยล้า มีคนมาช่วยผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557) ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้อายุของผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความอดทน และมีความรับผิดชอบสูง ผ่านประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ แม้ว่าจะต้องทำหน้าที่หลายบทบาทประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ จัดตารางการดำรงชีวิตของตนเองใหม่พร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยและทำงานด้วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีประสิทธิภาพ (สรณยา แสงมณี และคณะ, 2555) จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลไม่ว่าจะอยู่ที่ระดับใดก็มีผลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ตอบสนองสังคมไทยที่บุตรจะถูกปลูกฝังให้ดูแลบิดามารดา ผู้ใดเลี้ยงดูบิดามารดาจะเป็นผู้ที่มีความกตัญญูกตเวที การดูแลผู้ป่วยจึงเกิดจากความรัก ความห่วงใยเพราะมีความเกี่ยวพันเป็นพ่อและแม่ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว/ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 76.0 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 46.0 การได้รับกำลังใจจากการดูแลจากคนรอบข้างขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความทุกข์ใจที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแล การแนะนำวิธีผ่อนคลายหรือการจัดการกับความเครียดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดี (ชานินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลศิริ, 2558) จึงเป็นตัวสนับสนุนทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีได้ส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเพราะญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวตอบสนองบทบาทผู้ดูแลได้ดี

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง($r = .287$) แสดงว่าญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสูงจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยมากที่สุด คือเป็นบุตร รองลงมาเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งสังคมคนไทยมีวัฒนธรรมเกี่ยวกับความกตัญญูแก่ผู้ที่มีพระคุณ การดูแลบิดามารดาเป็นหน้าที่ของลูกที่จะต้องดูแลเมื่อพ่อและแม่ชราเพื่อตอบแทนพระคุณพ่อกับแม่ที่เลี้ยงดู (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายคุณภาพของความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการหาความพึงพอใจในสถานการณ์การเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความรักและความชอบ มีความพึงพอใจ ในกิจกรรมการดูแลด้วยกัน การแบ่งปันคุณค่าจากการดูแล และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อารมณ์ ความใกล้ชิดสนิทสนมของผู้ดูแลและผู้สูงอายุจะทำให้เกิดมุมมองประสบการณ์ด้านบวกเกิดขึ้น ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย (Mackenzie & Greenwood, 2012)จึงทำให้ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่าง ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด The Family Care Model

สมมติฐานข้อที่ 3 รางวัลสำหรับการดูแลมีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจมีสาเหตุมาจากญาติผู้ดูแลที่มารับบทบาทเป็นผู้ดูแลมีบทบาททางสังคมที่น้อยกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 28 ผู้ดูแลบางรายเป็นผู้พิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัวร้อยละ 5 จากการสังเกตขณะเก็บข้อมูล พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นการตกลงในครอบครัวโดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธบทบาทผู้ดูแลได้ จึงทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในการดูแล อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับจากการดูแล นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่

มีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่าประมาณ 2 ปี ร้อยละ 48 และระยะเวลาที่ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ด้านบวกเริ่มตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 1 ปี และจะมีประสบการณ์ด้านบวกมากยิ่งขึ้นเมื่อมีระยะเวลายาวนานขึ้น แต่อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเองและมีความคุ้นเคยกับบทบาทที่ตนปฏิบัติเป็นเวลานาน (Mackenzie & Greenwood, 2012) จึงทำให้การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของญาติ ประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับนั้นอาจจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบ Cross – sectional จึงเป็นข้อมูล ณ เวลานั้นหากมีการติดตามการดูแลระยะยาวอาจทำให้ปรากฏการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นข้อจำกัดในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรมีการประเมินระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาลญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ในรายที่ญาติผู้ดูแลมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสูงพยาบาลควรให้กำลังใจเพื่อคงระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลนั้นไว้ อย่างไรก็ตามหากความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลก่อนไปทางด้านคำพยาบาลควรจะมีการช่วยเหลือและแนะนำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และนำความรู้ที่ได้ไปช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



THE CORRELATION BETWEEN BASIC CONDITION FACTORS, MUTUALITY,
REWARDS OF CAREGIVING AND QUALITY OF LIFE OF FAMILY
CAREGIVERS CARING FOR OLDER PERSONS WITH CEREBROVASCULAR
DISEASE

NOPPAWAN DOUNGCHAN 5736860 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPAN WIROJRATANA, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Cerebrovascular disease is frequently found among older persons aged 75 years and older because they are likely to have chronic conditions such as hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and heart arrhythmia, hence more chances to develop cerebrovascular disease (Engstad, Viitanen, & Ellekjaer, 2012). The Fifth Health Examination Survey of the Thai Population (B.E. 2557) has reported that the prevalence of cerebrovascular disease rises with an increase in age, as it is most common among older persons aged 70 to 79 years old. Also, cerebrovascular disease is the first leading cause of deaths in both males and females (Vichai Ekpakorn, B.E. 2557). Thus, it could be concluded that cerebrovascular disease has both physical and psychological effects on older persons and their family caregivers, including their quality of life.

A review of literature has shown that there are a large number of studies which investigated negative experiences of family caregivers. For example, studies conducted overseas have reported that there is a negative relationship between family

caregivers' caregiving burden and quality of life (Narasipuram & Kasimahanti, 2012; Grant et al., 2013; Ogunlana et al., 2014; Olai, Borgquist, & Svardsudd, 2015). Also, previous studies have suggested that stress is negatively associated with quality of life of family caregivers (Feng et al., 2009; Clay et al., 2013). In Thailand, it has been found that caregiving burden and chronic illness could co-predict health-related quality of life of family caregivers of patients with cerebrovascular disease with communication problems by 17.6% with statistical significance ($r = 0.176$, $p < 0.01$) (Anusorn Nan-udorn et al., B.E. 2559). In another study, it has been documented that caregiving burden is negatively related to quality of life of caregivers (Tharin Khunyodying et al., B.E. 2558).

In fact, positive caregiving experience is important for family caregivers as it enables them to maintain satisfaction with care, and this is likely to promote their quality of life. Caregivers who have positive caregiving experience tend to feel that their caregiving duty gives them spiritual support that enables them to continue their provision of care (Mackenzie & Greenwood, 2012). Caregivers who have positive caregiving experience have satisfaction with their care provision and do not feel that caregiving is a burden for them. This may result from their sympathy for the patients or religiously believe that they need to pay back to the patients, and they can come up with stress coping strategies if they develop stress while giving care to the patients (Dusit Jantayanon et al., B.E. 2554). Stress and caregiving burden are considered variables that can decrease quality of life of family caregivers. However, under the same condition, if the caregivers have a close relationship with the patients, have satisfaction with caregiving duty, feel that their caregiving duty is a successful experience, and receive sufficient support from their facilitators who are family and society members, their quality of life can be enhanced (Mackenzie & Greenwood, 2012).

A review of literature has shown that there are certain basic conditioning factors such as gender, age, educational background, and duration of caregiving that are related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. However, the study findings are not conclusive. For instance, Onabajo et al. (2013) have reported that gender and age of caregivers were not related to quality of life. Moreover, Ogunlana et al. (2014) have found that younger caregivers (younger

than 35 years of age) had better quality of life than older caregivers. As regards educational background, Baumann et al. (2012) have discovered that caregivers who were more highly educated were more satisfied with their caregiving duty compared to those who were not highly educated. However, it is worth noting that there is no study which has been carried out to directly examine the relationship between educational background and quality of life of family caregivers. Furthermore, in terms of duration of caregiving, it has been documented that the longer the duration of care, the more chances for family caregivers to develop caregiving skills until they are confident in their caregiving ability and able to integrate caregiving tasks into their daily life, so their quality of life is not affected, which is different from the beginning of the caregiving duty when caregivers face difficulty due to a lack of knowledge and skills (Mackenzie & Greenwood, 2012). For this reason, duration of caregiving is considered another variable that should be explored to determine how long family caregivers need to adjust themselves to their caregiving duty to maintain their quality of life.

Mutuality refers to the quality of the relationship between older persons and their family caregivers. Mutuality is a positive experience of caregiving duty. A study undertaken by Samarkit et al. (2010) has suggested that there is a relationship between mutuality and quality of life ($r=0.158$, $p<0.01$). A previous study has reported that mutuality between patients with head trauma and family caregivers can reduce role strain of caregivers ($r=-0.207$, $p<0.01$) and may help promote caregivers' quality of life as role strain is related to quality of life of caregivers ($r=-0.516$, $p<0.01$) (Samarkit et al., 2010). However, there is no previous study on the relationship between mutuality between older persons with cerebrovascular disease and family caregivers.

Rewards of caregiving refer to a positive perspective of family caregivers. A study conducted by Jureerat Korpajon et al. (B.E. 2545) to investigate the influence of rewards of caregiving on role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease has revealed that rewards of caregiving were negatively related to role strain of caregivers with statistical significance ($r=-0.312$, $p<0.01$). Likewise, Samarkit et al. (2010) examined rewards of caregiving and health status of caregivers and found that rewards of caregiving were related to caregivers' health status ($r=0.12$, $p<0.05$). However, it is noteworthy that there are very few studies that have examined the

relationship between rewards of caregiving and quality of life of caregivers both in Thailand and overseas.

In summary, it can be seen that there is little research that has been carried out to investigate positive caregiving experiences that have an effect on quality of life of family caregivers. For this reason, the researcher was interested in exploring the relationships between some basic conditioning factors and positive experiences including mutuality and rewards of caregiving and quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. In this study, the Family Care Model proposed by Archbold and Stewart (1986) was employed as the conceptual framework of the study. It was anticipated that the study findings could be used as baseline data to develop a clinical nursing practice guideline to promote quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease, which, in turn, can enhance quality of life of older persons with cerebrovascular disease as well.

Research Objective

The present study aimed at investigating the relationships between some basic conditioning factors, mutuality, and rewards of caregiving and quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

Research Hypothesis

Some basic conditioning factors, mutuality, and rewards of caregiving were related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

Conceptual Framework of the Study

The Family Care Model proposed by Archbold and Stewart (1986) was employed as the conceptual framework of the present study. According to the model, the interaction between older persons and their family caregivers is emphasized. It is believed that both positive and negative interactions have an effect on quality of life of

family caregivers. The aim of this study was to examine the relationships between some basic conditioning factors, mutuality, and rewards of caregiving and quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

Methodology

The present study was descriptive correlational research which aimed at investigating the relationships between some basic conditioning factors, mutuality, and rewards of caregiving and quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

Population and Sample

The population of the study consisted of caregivers of older persons with cerebrovascular disease or stroke who were primary caregivers, both male and female, who sought treatment and care at Ratchaburi Hospital.

The study sample was composed of male and female primary caregivers of older persons with cerebrovascular disease who sought treatment and care at the medicinal ward, Ratchaburi Province. The sample was recruited based on the following inclusion criteria:

Inclusion criteria

1. They were at least 18 years of age, but those who were 60 years old and older had to complete the Mini Mental State Examination-Thai (2002).
2. They were primary caregivers of older persons with stroke who provided care without any monetary rewards.
3. They had been primary caregivers for at least six months.
4. They were able to communicate in the Thai language.

The sample size was calculated using the Power Analysis table with the confidence level set at $\alpha = 0.05$ and the power of test at 0.80. As the effect size was not determined, the researcher chose the medium effect size, or 0.30. The calculated sample size was equal to 88 subjects. However, an additional 20% was added into the

calculated effect size to prevent the problems of subject loss. Therefore, the total number of subjects in this study was 100.

Instruments

The questionnaires used in the present study were divided into the following four parts:

1. **The demographic characteristics questionnaire** was designed to elicit demographic characteristics of older persons with cerebrovascular disease and their family caregivers.

2. **The mutuality questionnaire** was designed by Acrhbold and Stewart (1986) and subsequently translated into the Thai language and revised by Wirojratana (2002) to better suit the Thai context. There were a total of 15 items which were arranged in a five-point rating scale, ranging from 0 to 4 points. The possible total scores ranged from 0 to 60 points. As for interpretation of scores, higher scores reflected a higher level of mutuality between older persons with cerebrovascular disease and their caregivers, and vice versa.

3. **The rewards of caregiving questionnaire** was designed by Acrhbold and Stewart (1986) and subsequently translated into the Thai language and revised by Wirojratana (2002) to better suit the Thai context. There were 26 items with the possible total scores ranging from 0 to 104 points. As for interpretation of scores, higher scores reflected a higher level of rewards of caregiving, and vice versa.

4. **The quality of life of caregiver questionnaire** was developed by Ware et al. (1998) and owned by Quality Metric Incorporate in the United States of America. There were 12 items which could be divided into the following eight dimensions: physical functioning (2 items), role physical (2 items), bodily pain (1 item), general health (1 item), energy/fatigue (1 item), social function (1 item), role emotional (2 items), and mental health (2 items). The items were arranged in a Liker

scale, with the scores of each dimension ranging from 0 to 100 points. As for interpretation of scores, scores lower than 50 points reflected a low level of quality of life, while the scores between 50 and 100 points indicated higher level of rewards of caregiving, and vice versa.

Data collection

1. After the study proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Nursing, Mahidol University, with the approval code number COA No. IRB-NS-2016/50.0407 on August 22, 2016 and the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Ratchaburi Hospital, with the approval code number COA-RBHEC 022/2016 dated September 26, 2016, the researcher asked for permission from the director of Ratchaburi Hospital to conduct the study.

2. After permission was granted, the researcher asked for cooperation from nurses and staff members of the medicinal examination room, outpatient department, Ratchaburi Hospital. The researcher approached the prospective subjects, explained the research objective and data collection procedures, and conducted human rights protection.

3. The researcher recruited the subjects based on the inclusion criteria previously set. The researcher asked the subjects to sign the informed consent form to indicate their willingness to participate in the study before data collection began. If the subjects were older than 60 years old, they had to be screened with the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai, 2002). If the subjects did not pass the cut-off score of the MMSE-Thai, the researcher excluded them from the study and referred them to a coordinating nurse to make sure that they received necessary treatment and care.

4. The researcher asked the subjects to complete the self-administered questionnaires on their own. However, if the subjects had problems with eyesight, the researcher would read the questionnaire items to them and let them respond verbally. The subjects were assured that they could ask any question during data collection if

they had doubt or misunderstanding. Data collection lasted approximately 30 to 45 minutes.

Protection of the Rights of Human Subject

The subjects understood the benefits and risks involved in the study and the subjects were assured that their participation was based solely on a voluntary basis, so they had the rights to decide to take part in the study or to refuse to participate in the study without any effects on the treatment and care they would receive from the hospital. The subjects were also informed that the data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data. They knew that they did not have to identify who they were on the questionnaires, and the informed consent forms were kept separately, so it was not possible for the researcher to identify which questionnaires belonged to which subjects. The subjects were also reassured that the data collected from them would be reported only as group data, and they were able to withdraw from the study at any time if they wished.

Data analysis

1. Data regarding demographic characteristics of the subjects were analyzed in terms of frequency and percentage.
2. As the initial agreement of Pearson's product moment correlation was not met and the data did not have a normal distribution, Fisher's Exact Test was employed to analyze the relationship between basic conditioning factors and quality of life of caregivers, Eta was used to analyze the relationship between mutuality and quality of life of caregivers, and Spearman's rank correlation coefficient was utilized to analyze the relationship between rewards of caregiving and quality of life of caregivers.

Findings

Part 1: Demographic characteristics of older persons with cerebrovascular disease and their family caregivers

Demographic characteristics of older persons with cerebrovascular disease

The largest group of older persons with cerebrovascular disease ranged in age from 60 to 94 years old, with the mean age of 71.42 years old (SD = 8.86). Half of the subjects were in their early old age. In addition, more than half, or 59%, were male, and almost two-thirds of them, or 64%, completed elementary education, and 63% were married. The most common chronic condition was hypertension, making up 33% of the total. Moreover, more than half, or 53%, had the universal health coverage scheme. Finally, almost all of them, or 98%, had a good level of consciousness, 54% had hemiplegia in their left side of the body, and 66% did not have problems with communication.

Demographic characteristics of family caregivers

The 100 caregivers who participated in this study ranged in age from 20 to 84 years old, with the mean age of 51.49 years old (SD = 13.73). Furthermore, 40% completed elementary education, and 71% were married. Two-thirds of the caregivers, or 66%, had to work to earn a living while giving care to the older persons with cerebrovascular disease, and 28% were wage earners. About two-thirds, or 67%, had a family income lower than 20,000 baht per month, and they had sufficient income with no savings. As for the relationship with older persons with cerebrovascular disease, 49% were children, and 35% were the spouse. More than half of the caregivers, or 56%, performed caregiving duty for 17 to 24 hours a day, and nearly half of them, or 48%, had been providing care to older persons with cerebrovascular disease for less than two years, with almost all of them, or 95%, had no previous experience with caregiving. Finally, 52% of the caregivers had a chronic illness, and 46% received support and assistance from relatives and other family members.

Discussion of Findings

Hypothesis 1: Some basic conditioning factors were related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

According to the study findings, gender was not related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. Thus, the hypothesis was not accepted. This could be explained that approximately half of the caregivers were children of older persons with cerebrovascular disease. In the Thai society, children are taught to show gratitude and pay back to their parents, so caregiving duty can result from love and care children have for their parents (Dusit Chantayanon et al., B.E. 2554). In this study, almost three quarters of the subjects, or 71%, were spouses of older persons with cerebrovascular disease, so their caregiving duty similarly resulted from love, affection, and bonding they had with their spouse in the past. As a result, they did not feel that caregiving was a burden that caused them inconvenience or difficulty in life. When individuals become caregivers because of existing love and attachment with the patients, their quality of life is not affected (Kanisorn Tengrang et al., B.E. 2557). Thus, gender of caregivers was not related to quality of life of caregivers.

In addition, it was found that age was related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. One plausible explanation is that most of the caregivers were in their adulthood. Adults have the maturity to effectively cope with stress and ability to apply previous experiences to solve the problems they are facing. They also have emotional stability, which enables them to cope (Nittaya Srichamnong, B.E. 2559). Furthermore, in this study, it was found that most of the caregivers received assistance and support from their family members and relatives, so they did not feel that they were isolated from others because of the caregiving duty and they were able to have a rest when they were exhausted. Assistance and support from others enable caregivers to maintain their willpower to provide care to the patients (Pavinee Prombutr et al., B.E. 2557), so their age was not found to be associated with quality of life.

The findings revealed that educational background was not related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. In

this study, most of the caregivers were adults. In general, individuals in their adulthood had a high level of patience and responsibility. They have also undergone situations that require them to adapt themselves, so they were able to adjust even though they had to perform different roles at the same time. The caregivers in the present study were able to rearrange their schedules so that they could take care of the patients and work to earn a living at the same time. So, adult caregivers are likely to offer effective care to patients (Saranya Sangmanee et al., B.E. 2555). For this reason, caregivers' educational background was not related to their quality of life.

Finally, duration of caregiving was not related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease. This may have been because about half of the caregivers in the present study were the children of older persons with cerebrovascular disease. They grew up in the Thai society where it was believed that children needed to pay back to their parents to show their gratitude to what their parents had done for them before. Caregiving in the Thai society generally results from love and family bonding (Dusit Chantayanon, B.E. 2554). In this study, it was discovered that most of the caregivers, or 76%, received assistance from other family and community members, with 46% receiving assistance and support from their siblings and relatives. When caregivers receive encouragement and spiritual support from family members and surrounding persons, and when they have the channel to relieve their caregiving-related stress and to manage their stress and relax, their quality of life will be enhanced (Thanin Khunyodying, Linjong Poliban, and Tossaporn Kampholsiri, B.E. 2558). As a result, the duration of caregiving was not found to be associated with quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

Hypothesis 2: Mutuality was related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

The findings showed that mutuality was positively related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease with statistical significance at 0.05 level ($r = 0.287$). In other words, when caregivers and older persons with cerebrovascular disease had mutuality, their quality of life should be promoted. This could be explained that most of the caregivers who provided care to

older persons with cerebrovascular disease were children or spouses of the patients, so they accepted the caregiver role out of love and attachment they shared with older persons with cerebrovascular disease. In the Thai society, gratitude to people who have taken care of us before is very important (Dusit Chantayanon, B.E. 2554). Mutuality refers to the quality of the relationship that exists between family caregivers and older persons. It is a concept that can be used to explain the quality of an existing relationship. It is the ability to search for satisfaction with the caregiving situations, including love and preferences, satisfaction with the caregiving tasks, and sharing of the values derived from caregiving duty. Besides this, closeness between caregivers and older persons can promote positive emotions and feelings during caregiving tasks (Mackenzie & Greenwood, 2012). For this reason, it was found that mutuality was related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease, which was consistent with the concept of the Family Care Model.

Hypothesis 3: Rewards of caregiving were related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease.

The findings indicated that rewards of caregiving were related to quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease with no statistical significance at 0.05 level. This may have resulted from the fact that caregivers had less social roles than other family members. For example, 28% of the caregivers were general wage earners, and 5% of them were disabled and did not work to earn a living but depended on other family members. During data collection, it could be observed that some caregivers had to take on the role of caregivers because they were unable to reject it, and this could have had an effect on their rewards of caregiving. In other words, caregivers may have felt that their quality of life did not depend on their positive feelings or experiences with caregiving duty. Besides this, almost half of the caregivers, or 48%, had become caregivers for less than two years. Generally, it is believed that it takes six months to one year for caregivers to begin to develop a positive feeling with caregiving duty, and the longer the duration of caregiving, the more positive experiences caregivers will receive. This may be because caregivers are able to adjust themselves and become familiarized with the caregiver role they have performed for a sustained period of time (Mackenzie &

Greenwood, 2012). In the present study, family caregivers may have felt that caregiving duty had become part of their daily living experiences, so their positive experiences or rewards of caregiving did not have an effect on their quality of life.

Limitations of the Study

The present study was cross-sectional research, and data were collected at a one-off administration. Therefore, the findings could not be used to explain the phenomenon of caregiving in the long run. In addition, the study sample was selected by means of purposive sampling, so generalizability of the findings are limited and may not be used to explain caregiving experiences of other groups of caregivers in other contexts of care.

Recommendations and Implications of Findings

For nursing practices

Nurses should assess the level of mutuality of caregivers so as to more appropriately devise a nursing care plan. In cases caregivers have a high level of mutuality, nurses should encourage them to maintain it. On the other hand, if caregivers have a low level of mutuality, nurses should offer assistance and consultancy to help caregivers establish and maintain a good level of relationships with the older persons with cerebrovascular disease to promote quality of life of caregivers while fulfilling their caregiver role.

For nursing research

1. Further research should be conducted to investigate other factors that have an influence on quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease so that the findings could be subsequently utilized to devise a nursing care plan to promote quality of life of the caregivers.

2. Research should also be undertaken to compare factors that have an effect on quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular

disease and caregivers of other groups of patients to gain better understanding of factors promoting quality of life of family caregivers of older persons with cerebrovascular disease so that more effective care and assistance can be offered to them.



รายงานอ้างอิง

- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ. (2556). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(1), 90-97.
- กาญจนา สิงห์ภู, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุกานดา อริยานุชิตกุล, ศศิธร แสงพงสานนท์, สุพจน์ คำสะอาด, อรทัย เล็กบุญญาสิน, และยุมนา สุ่มมาตย์. (2552). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 54-59.
- กฤษฎา พิรเวท. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา)(บ.ก.), การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษฎีฯ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา, และกิตติดา ไกรนุวัตร. (2558). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 114-122.
- เกวลิน แสงบุญ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิจิตพรชัย, และมยุรี แก้วจันทร์. (2545). อิทธิพลของรางวัลจากการดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดของญาติระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กณิศร เต็งรัง, ศิราณี ศรีมหาภาค, และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2558). การศึกษาผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารภาพภาคประชาชน*, 10(1), 24-34.
- จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 58-70.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(2), 73-85.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และนางณภัทร รุ่งเนย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 10-18.

- จินดา รัตนกุล, ภัชรากร บุญรักษ์, และประไพ บุญย์เจริญเลิศ. (2556). ผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบ
ใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร
กองการพยาบาล*, 40(1), 9-23.
- จूरรัตน์ กอผจญ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2545).
การศึกษาอิทธิพลของการเตรียมความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล
และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และอัครวุฒิ วิริยะเวชกุล.
(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
ความสามารถในการทำนุการดูแล กับความเครียดในบทบาทของผู้สูงอายุโรค
พาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 235-245.
- ชนัญชิตาคุชฎี ทุลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ดวงแพง และเขมารัตน์ มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ
สุวรรณกนกนาค, ชัยชนก สุภาจารุพันธุ์, ... งาม รังสินธุ์. (2554). ทักษะและ
ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอ
พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่ง
ประเทศไทย*, 1(1), 58-65.
- ทัศนาศูตเสนาหา. (2556). ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลง
พุงกรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอกอสุ่ง จังหวัด
สระแก้ว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระ
นครเหนือ, กรุงเทพมหานคร.
- ทิพวรรณ เกื้อนยัง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ธรรมรัตน์ อยู่พรต. (2556). คำนึงในการทำงานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร
ของเจนเนอเรชั่นต่าง ๆ. *วารสารบริหารธุรกิจ*, 36(138), 40-62.

- ธานินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพล คำผลศิริ. (2558). การพึงพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาร*, 42, 107-117.
- ธีรนุช ห่านิธิศัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 27(7), 634-639.
- นันทกาญจน์ ปักยี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 22(1), 65-80.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, พวงรัตน์ มณีวงษ์, อรณีย์ ศรีสุข, ณัฏฐพัชร โพธิ์เงิน, และนริมาลัย นิละไพจิตร. (2557). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 30-40.
- นิชธิมา ศรีจันทน์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา พันธุเวช และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2558). ประเด็นสาร วันรณรงค์อัมพาตโลกปีพ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559) ค้นเมื่อ 12 เมษายน 2558. จาก <http://www.Thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>.
- นิตยา ศรีจันทน์. (2559). แบบแผนการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลวัยผู้ใหญ่. การประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติ ด้าน “การวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน” ค้นเมื่อ 14 เมษายน 2560. จาก <http://www.Eresearch.ssru.ac.th/xmlui/bitstream/handle>.
- นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทฤณ, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2553). *บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิษฐ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ประคอง อินสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, วิลาวัณย์ ประสารอริคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, และนิชฌิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. (2554). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 19(2), 194-205.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน กรีนเฮลท์.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และ ยุวดี ภาษา. (2556). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์: การใช้โปรแกรม SPSS for Windows. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, เพชรไสว ลิมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรน์ เชื้อสวน, ... วณิดา ศรีพรหมษา. (2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์*, 2(35), 93-111.
- พระราชบัญญัติประถมศึกษา พุทธศักราช 2546. (2546). ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2560. จาก <http://dl.parliament.go.th/handle/lirt/16416>.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- ยุทธกรานต์ ชินโสทร. (2559). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 140-149.
- เขวลักษณ์ ทวีกลีกรรม, ปริญญ์ ศรีธราพิพัฒน์, และเมธีรัตน์ พรหมมณี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนภิรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.

- ลักษณะ บึงมม. (2552). *กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาาระบบประสาทและอื่น ๆ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วรรณกานต์ ประโพธิ์, อมรรัตน์ ศรีอำไพวรารณ, และภาณุ อุดกกลิ่น. (2559). คุณภาพชีวิตของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*,
41(6), 126-131.
- วารุณี เรืองมี และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2559). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ชุมชนตำบลเขาเย้า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 27(3), 64-72.
- วาสนา มุลธิ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2559). ผลของโปรแกรม
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่
บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึง
พอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาทางการพยาบาล*, 31(1), 95-110.
- วิชัย เอกพลกร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.*
2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดิไซด์.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). *ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 การบันทึกทางการแพทย์เพื่อ
การบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ: การประเมินและบันทึกทางการแพทย์ของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการ
ตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560.
สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 26. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2560. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/gazette.aspx>.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE- THAI
2002*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สาลินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูวงศ์, และสรินทร์ เกรย์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 75-92.

- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณพ.ศ. 2559* ค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2559. จาก http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สินินุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 84-101.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. (2554). นอนไม่หลับทำอะไร การดูแลผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ. ค้นเมื่อ 12 เมษายน 2558. จาก <http://164.115.23.88/hbss/Files/เฟ้าระวัง/7.คลังความรู้นอนไม่หลับ/นอนไม่หลับ พญ.สุรางค์ เลิศชาธาร.ppt>.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เจพรีน 2.
- ศรัณยา แสงมณี. (2554). *กรณีศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิ.พรีน (1991) จำกัด.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ดูแล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 49-61.
- อรินทร์ จรูญสิทธิ์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- อัมพรพรรณ ชีรานุตร, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนิน, และคลวิวัฒน์ แสนโสม. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อุ้นเรือน สรอากาศ, วรณี เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวของผู้ดูแล. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 86-93.
- เอมิกา กลยนิ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 129-140.
- Alexander, T., & Wilz, G. (2010). Family caregivers: gender differences in adjustment to stroke survivors' mental changes. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 159-169.
- Archbold, P. J., & Stewart, B. J. (1986). *Family caregiving Inventory* (manuscript). Oregon Health Sciences University, School of Nursing). Department of Family Nursing, Portland.
- Archbold, P. J., & Stewart, B. J. (1999). *PREP: Family-based care for frail older person*. (No. grant No: RO1 AG17909). Portland, Oregon Health Sciences University.
- Ba, R. C., Thompson, K., Ba, K. P., & McCaughan, E. (2013). Towards an understanding of the lives of families affected by stroke: A qualitative study of home carers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1761-1770. doi: 10.1111/jan.12037
- Baumann, M., Couffignal, S., Bihan, E. L., & Chau, N. (2012). Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients and their family caregivers in Luxembourg. *BioMed Central Neurology*, 12(105), 1471-2377.
- Campenhausen, S.V., Winter, Y., Silva, A.R., Sampaio, C., Ruzicka E., Barone, P., ... Reeze, J. P. (2011). Costs of illness and care in Parkinson's disease: An evaluation in six countries. *European Neuropsychopharmacology*, 21(2), 180-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2010.08.002>

- Cecil, R., Thompson, K., Parahoo, K., & McCaughan, E. (2012). Towards an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home carers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1761-1760. doi: 10.1111/jan.12037. Epub 2012 Dec 10.
- Chuluunbaata, E., Chou, Y. J., & Pu, C. (2016). Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. *Disability and Health Journal*, 9(2), 306-312. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.10.007
- Clay, O. J., Grant, J. S., Wadley, V. G., Perkins, M. M., Haley, W. E., & Roth, D. L. (2013). Correlates of health-related quality of life in African american and caucasian stroke caregiver. *Rehabil psychol*, 58(1), 1-15. doi:10.1037/a0031726
- Cramm, J. M., Strating, M. H., & Nieboer, A. P. (2012). Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21, 1719-1725. doi: 10.1007/s11136-011-0107-1
- Engstad, T., Engstad, T. T., Viitanen, M., & Ellekjaer, H. (2012). Epidemiology of stroke in the elderly in the Nordic countries. Incidence, survival, prevalence and risk factors. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 121-126. doi: http://dx.doi.org/10.5324/nje.v22i2.1557
- Falvo, D. R. (2014). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (5th ed.). U.S.A.: Burlington.
- Feng, M. C., Feng, J. Y., Chen, T. C., Liang, P. L., Ying Ko, N. H., & Chen, Y. H. (2009). Stress, needs, and quality of life of family members caring for adults living with HIV/AIDS in Taiwan. *Aids Care*, 21, (4), 482-489. doi: http://dx.doi.org/10.1080/09540120802290373
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 8(4), 248-254.
- Fillit, H. M., Rockwood, K., & Woodhouse, K. (2010). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (7th ed.). U.S.A.: Saunders Elsevier.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology*, 24, 54 – 62.
- Gillespie, D., & Campbell, F. (2011). Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing Standard*, 26(2), 39-46. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.09.26.2.39>. c8707
- Godwin, K. M., Swank, P. R., Veath, P., & Ostwald, S. K. (2013). The longitudinal and dyadic effect of mutuality on perceived stress for stroke survivors and the spousal caregivers. *Aging & Mental Health*, 17(4), 423-431.
- Grant, M., Sun, V., Fujinam, R., Sidhu, R., Green, S. O., Juarez, G., ... Ferrell, B. (2013). Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small-cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 337-346. doi:10.1188/13.ONF.337-346
- Hu, C., Kung, S., Rummans, T. A., Clark, M. M., & Lapid, M. I. (2015). Reducing caregiver stress with internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(1), e194-209. doi: <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002817>
- Jarcz, K., Fudala, B. G., Gorna, K., Jarcz, J., Moczko, J., & Kozubski, W. (2015). Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1011-1060.
- Kedrzycki, M., Foster, S., Hussain, Z. (2016). Diabetes in stroke: An overview. *Journal of Diabetes Nursing*, 20, 147–51. Retrieved 1 April 2017 from http://www.Thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/content/_master/4597/files/pdf/jdn20-4-147-51.pdf
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Liew, T. M., Luo, N., Ng, W. Y., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). Predicting gains in Dementia caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 115-122. doi: <https://doi.org/10.1159/000275569>
- Mackenzie, A., & Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 34(17), 1413-1422. doi:10.3109/09638288.2011.650307

- Narasipuram, S., & Kasimahanti, S. (2012). Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *Andhra Pradesh Journal Psychological Medicine*, 13(2), 99-103. Retrieved 2 April 2017 from [http:// medind.nic.in/aag/t12/i2/aagt12i2p99.pdf](http://medind.nic.in/aag/t12/i2/aagt12i2p99.pdf)
- Nir, Z., Greenberger, C., & Bachner, Y. G. (2009). Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *Journal Neuroscience Nursing*, 41(2), 92-105.
- Niyomthai, N., Tonmukayaku, O., Wonghongkul, T., Panya, P., & Chanprasit, C. (2010). Family strength in caring for a stroke survivor at home. *Pacific Rim International Journal Nursing Research*, 14(1), 17-31.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, O. S., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32, 6-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2013.11.003>
- Olai, L., Borgquist, L., & Svardsudd, K. (2015). Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journal of Medical Science*, 120, 290-298. doi: 10.3109/03009734.2015.1049388
- Onabajo, G.V., Ali, A. & Hamzat, T. (2013). Quality of life of Nigerian informal caregivers of Community-dwelling stroke survivors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 977-982. doi: 10.1111/scs.12017.
- Pacala, J. T., & Sullivan, G. M. (2010). *Geriatrics review syllabus: A core curriculum in geriatric medicine* (7th Ed.). New York: American Geriatrics Society.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters kluwer health/Lippincott williams & wilkin.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Culebras, A., Elkind, M. S., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, (44), 2064-2089. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca

- Samarkit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O. & Vorapongsathorn, T. (2010). Caregiver role strain and rewards: caring for Thais with a Traumatic Brain Injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing*, 14(4), 297-313.
- Shyu, Y. L., Yang, C., Huang, C., Kuo, H., Chen, S., & Hsu, W. (2010). Influences of mutuality, preparednes, and balance on caregivers of patients with Dementia. *Journal Of Nnursing Research*, 18(3), 155-163.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1998). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summery scales* (2nd Ed.). Boston: Masschusetts.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory* (Doctoral dissertation). Oregon Health & Science University, Portland, USA.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper form the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Yu, Y., Hu, J., Efird, J. T. (2013). Social support, coping strategies and health related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15), 2160-2171.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. นางสาวสุริย์ ลีมคง
หัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการพิเศษหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถ.พุทธมนทลสาย 4 ต.ศาลายา
อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศร 0517.02 (ศย)/ 0821

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขออนุญาตตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

ด้วย นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามรางวัลในการดูแลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ตรวจสอบ และ แก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าวซึ่ง นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ ได้พัฒนาขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail: m_may_may@hotmail.com



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถนนพหลโยธินสาย 4 ต.ศาลายา
อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศร 0517.02 (ศย)/ 0820

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ด้วย นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามรางวัลในการดูแลของผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จึงใคร่ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail: m_may_may@hotmail.com



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถ.พุทธมนตลสาย 4 ต.ศาลายา
อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศธ 0517.02 (ศย)/ 0817

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปริศา มั่นคง

ด้วย นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ร่างวัลในการดูแลกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามร่างวัลในการดูแลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอร้องเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าวซึ่ง นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ ได้พัฒนาขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail: m_may_may@hotmail.com



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

25/25 ถ.พุทธมนทลสาย 4 ต.ศาลายา

อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศธ 0517.02 (คย)/ 0816

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามรางวัลในการดูแลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(สำเนาเรียน) ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail: m_may_may@hotmail.com



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถ.พุทธมนตลสาย 4 ต.ศาลายา
อ.พุทธมนตล จ.นครปฐม 73170
โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศธ 0517.02 (ศย)/ 0819

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวสุรีย์ ลิ่มมงคล

ด้วย นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล
3. แบบสอบถามรางวัลในการดูแลของผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอร้องเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าวซึ่ง นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ ได้พัฒนาขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ อัครบุษมงคล)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail: m_may_may@hotmail.com



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

25/25 ถนนพหลโยธินสาย 4 ต.ศาลายา

อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทร 02-441-4125*311,312 โทรสาร 02-441-0177

ที่ ศร 0517.02 (ศย)/ 0818

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2559

เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง)

ด้วย นางสาวพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังอยู่ในระหว่างเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามรางวัลในการดูแลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นางสาวสุรีย์ สัมมกุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษาโทร 085-194-1732 e-mail : m_may_may@hotmail.com

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
- 2.แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
- 3.แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล
- 4.แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 5.แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ลำดับที่.....

วันที่...../...../.....

เอกสารหมายเลข 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล กรุณาตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.อายุ.....ปี

2. เพศ ☐ เพศชาย ☐ เพศหญิง

3.ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษา/ปวช.☐ อนุปริญญา/ปวส.☐ปริญญาตรี☐ สูงกว่าปริญญาตรี/อื่น ระบุ.....

4.

5.

6.

7. สถานะของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

☐ ผู้สูงอายุรู้สึกลัว☐ ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลัว☐ อ่อนแรงแขนและขาข้างไหน ระบุ☐ ปัญหาการสื่อสาร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

1.อายุ.....ปี

2. เพศ ☐ เพศชาย ☐ เพศหญิง

3.ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี/อื่น ระบุ.....

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ขณะนี้ท่านได้ดูแลใครในบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ เป็นระยะเวลานาน ปี.....เดือน

13.ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว/ชุมชน

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ.....

14.ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆ

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ.....

เอกสารหมายเลข 2

แบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยต้องการทราบว่า ในปัจจุบันนี้ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มากที่สุด

ข้อ	ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านและผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกันในเรื่อง ต่างๆ มากน้อยเพียงใด					
2	ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยหรือฟังถึง ความหลังกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
9	.....					
10	.....					
11	.....					
12	.....					
13	ผู้สูงอายุให้กำลังใจและเห็นใจท่าน มากน้อย เพียงใด					
14	ท่านมีความสุขที่มีเวลาอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
15	ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน มากน้อยเพียงใด					

เอกสารหมายเลข 3

แบบสอบถามประเมินรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยต้องการทราบว่า ในปัจจุบันนี้ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านเข้าใจถึงความชราที่จะเกิดขึ้นกับตัวท่าน มากน้อยเพียงใด					
2	การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านเข้าใจสภาพของคนชราโดยทั่วไป มากน้อยเพียงใด					
3	ท่านเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยจากการดูแลผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
9	.....					
10	.....					
24	การดูแลผู้สูงอายุมีส่วนช่วยภาวะทางการเงินของท่าน เช่น การได้เงินจากญาติพี่น้อง หรือได้เงินบำนาญของผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
25	การดูแลผู้สูงอายุมีส่วนช่วยฐานะการเงินของท่านในอนาคต มากน้อยเพียงใด					
26	การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านประหยัดมากกว่าการจ้างคนอื่นมาดูแลหรือส่งผู้สูงอายุไปฝากดูแลที่สถานรับดูแลคนชรา มากน้อยเพียงใด					

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ☐ ดีที่สุด
☐ ดีมาก
☐ ดี
☐ พอใช้
☐ แย่

2. กิจกรรมดังต่อไปนี้ ขอให้ท่านพิจารณาว่าในแต่ละกิจกรรม ท่านมีข้อจำกัดในการทำ
กิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ ถ้ามี มีมากน้อย เพียงใด

3.

4.

5.

6.

7. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่สุขภาพทางกายหรือปัญหาด้านอารมณ์
ของท่านมีผลรบกวนกิจกรรมสังคมของท่าน (เช่น การเยี่ยมเพื่อน หรือ ญาติมิตร เป็นต้น)

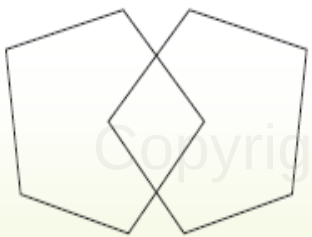
- ☐ ตลอดเวลา
☐ เป็นส่วนมาก
☐ เป็นบางครั้ง
☐ นาน ๆ ครั้ง
☐ ไม่เลย

เอกสารหมายเลข 5

แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE–Thai 2002)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลที่ดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบไม่สามารถอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
1.Orientation for time (5 คะแนน) 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร 1.2 วันนี้วันอะไร 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร 1.4 ปีนี้ ปีอะไร 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.Visuoconstruction (ให้ 1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนดังภาพ ตัวอย่าง”		

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย




คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ๒ ถนนวิภาวดี เขตบางกอกน้อย
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐
 โทร. ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๓
 โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕(พย.ม.)/๒๖๖
 วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๙
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ รหัสนักศึกษา ๕๗๓๖๘๖๐ NSGN/N นักศึกษาหลักสูตร
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความ
 ประสงค์จะทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ
 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานวิทยานิพนธ์ ในการนี้นักศึกษา
 มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามสัมพันธภาพต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติ
 ผู้ดูแล และแบบสอบถามความรู้สึที่ดีที่ได้รับจากการดูแล ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวิจัยเรื่อง “DEVELOPMENT OF THE THAIFAMILY
 CARE INVENTORY” ปี ๒๐๐๒ เพื่อใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว และแจ้งผลการพิจารณา
 มายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี
 เพื่อโปรดอนุญาต

○ สำเนาเรื่อง เรียน.....

○ เรื่องส่ง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(นางสาววิวิธ วรรณทิพย์)
 เลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
 18 มี.ค. 59
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ ๐๘๕-๑๙๔-๑๗๓๒

ผู้ส่ง นพวรรณ
 ตำแหน่ง นักศึกษา
 สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ
 ภาควิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ
 ปีการศึกษา ๒๕๕๙

วันที่ 21 มี.ค. ๕๙


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวิรัตน์ จิตรมนตรี)
 ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ
 สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ


 (รองศาสตราจารย์กัญญา ออประเสริฐ)
 รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน
 วิชาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM035991

Licensee Name: Noppawan Doungchan, c/o Mahidol University

Licensee Address: 2 Phranok Road, Siriraj Bangkoknoi, Bangkok 10700

Approved Purpose: The correlation between some basic condition factors, mutuality, rewards of caregiving, and quality of life of family caregivers caring for older persons with cerebrovascular disease

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 24 Albion Road, Building 400, Lincoln, RI 02865 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration and Approved Languages Indicated on Appendix B, and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Noppawan Doungchan

Signature: MicHELLE White
 Name: MicHELLE White
 Title: Director of Consulting Science
 Date: 11 AUG 2016

Signature: Noppawan Doungchan
 Name: Noppawan Doungchan
 Title: Student Master Degree
 Date: 10 August 2016

ภาคผนวก ง

หนังสือชี้แจงขอพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

IRB-NS แบบฟอร์มฉบับเลข 3.1

16 ธ.ค. 2559

50-0407

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวพรพรรณ ดวงจันทร์
สถานที่วิจัย	ห้องตรวจโรคอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี
	84/21 ถ.ศทธร ด.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่	085-1941732
โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงานของผู้วิจัย	032-314605 ต่อ 109,110
ผู้ให้ทุน	ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแต่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมโดยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจากวิจัยที่ได้ จะนำไปใช้ในการวางแผนการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะเป็นท่านเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามไม่มีการจัดการทำการพยาบาลใด ๆ

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ ท่านมีอิสระในการตัดสินใจจะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจของท่านจะไม่ผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอื่นๆ และถ้าท่านตอบรับเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีการดูแลรักษาผู้ป่วย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในท้องตวรจนนั้น ช่วยดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ท่านตอบคำถามและเป็นผู้แจ้งแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์

การวิจัยครั้งนี้ มีผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 88 คน โดยให้ท่านผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง ในครั้งเดียว ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จำนวน 21 ข้อ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามรางวัลในการดูแล จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยชี้แจงโดยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลท่านทราบว่าเป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลและผู้ดูแล

version 5 February 3, 2016

Page 1 of 2

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS 2016/SC-0407
วันที่รับรอง 22 ธ.ค. 2559

Copyright by Mahidol University

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 4

50.04๐7

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้า
ร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย
ขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์ เบอร์โทรศัพท์ 085-1941732

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 503 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 999 ถนน
พุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ
2531, 2532 E-mail : ns.irb@nursing@gmail.com ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้ง
ทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มี
ผลกระทบต่อบริการและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้า และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูล
โดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึง
ลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

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

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ให้อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือพยาน
ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....
(.....)

Version 5 February 3, 2016

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ NS-98/6/50-401
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2559

1

ภาคผนวก จ
หนังสือรับรองจริยธรรมในคน


CERTIFICATE OF APPROVAL
From
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No.IRB-NS2016/371.2208

Title of Project: THE CORRELATION BETWEEN SOME BASIC CONDITION FACTORS, MUTUALITY, REWARDS OF CAREGIVING, AND QUALITY OF LIFE OF FAMILY CAREGIVERS CARING FOR OLDER PERSONS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE.

Project Number: IRB-NS2016/50.0407

Principle Investigator: Miss Noppawan Doungchan

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 2 August 2016
- 2) Participant Information sheet version date 16 August 2016
- 3) Consent form version date 16 August 2016
- 4) Questionnaire version received date 16 August 2016

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Type of Review: Expedited Review

Date of Approval: 22 August 2016

Date of Expiration: 21 August 2017

Signature of Chair: 
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing 
(Associate Professor Dr. Yajai Sitthimongkol)
Dean, Faculty of Nursing

Copyright by Mahidol University

Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 503 Faculty of Nursing, Mahidol University
999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, THAILAND Tel: (662)-441-5333 Ext. 2531, 2532



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี

หนังสือรับรองเลขที่ : COA-RBHEC 022/2016

รหัสโครงการ : RBHEC 035/59

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล
รางวัลสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The correlation between some basic condition factors, mutuality,
rewards of caregiving, and quality of life of family caregivers caring
for older persons with cerebrovascular disease.

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (version 5 February 3, 2016)
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว
และเต็มใจ (version 5 February 3, 2016)
4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับทดสอบเครื่องมือ)
(version 5 February 3, 2016)
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและ
เต็มใจ (สำหรับทดสอบเครื่องมือ) (version 5 February 3, 2016)
6. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์
ให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2559 วันที่หมดอายุ : 25 กันยายน 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า : 24 สิงหาคม 2560

ลงชื่อ.....
(แพทย์หญิงเสมอใจ เห็นประเสริฐแท้)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก จ
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาศาสา
25/25 ถ.พุทธมนทลสาย 4 ต.ศาลายา
อ.พุทธมนทล จ.นครปฐม 73170
โทร 0 2441 4125 ต่อ 101 โทรสาร 0 2441 0177

ที่ ศร 0517.02 (ศย)/ 1176

วันที่ ๖ กรกฎาคม พ.ศ. 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ด้วย นางสาวพวรรณ ดวงจันทร์ เลขประจำตัว 5736860 NSGN/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลในการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์ขอเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2560

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wiraporn@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษา 085-194-1732 e-mail: m_may-may@hotmail.com

ภาคผนวก ข

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัดสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	Min	Max	Komogorov-	
					Smirnov Test	
					Z	P
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ						
อายุ	51.49	13.726	20	84	.099	.18
ระยะเวลาการดูแล (ชม./วัน)	17.14	8.062	4	24	.363	.000
ระยะเวลาการดูแล (เดือน)	46.37	57.737	6	240	.242	.000
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่าง						
ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	40.60	9.517	18	59	.098	.019
รางวัลสำหรับการดูแล	83.74	9.779	58	100	.089	.049
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล	76.15	19.17	.00	100	.207	.000

ตารางที่ 4.9 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาและ ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

ตารางที่ 4.9.1 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศกับคุณภาพชีวิต

Crosstab

			QOL2		Total
			น้อยกว่า 50 คะแนน	มากกว่าหรือ เท่ากับ 50	
GEN	เพศชาย	Count	1	29	30
		% within GEN	3.3%	96.7%	100.0%
	เพศหญิง	Count	10	60	70
		% within GEN	14.3%	85.7%	100.0%
Total		Count	11	89	100
		% within GEN	11.0%	89.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.573 ^a	1	.109	.166	.099	
Continuity Correction ^b	1.576	1	.209			
Likelihood Ratio	3.118	1	.077	.166	.099	
Fisher's Exact Test				.166	.099	
Linear-by-Linear Association	2.547 ^c	1	.110	.166	.099	.084
N of Valid Cases	100					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.30.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.596.

ตารางที่ 4.9.1 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรเพศกับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

Directional Measures

	Value
Nominal by Interval Eta GEN Dependent	.160
QOL2 Dependent	.160

ตารางที่ 4.9.2 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรอายุกับคุณภาพชีวิต

Crosstab

			QOL2		Total
			น้อยกว่า 50 คะแนน	มากกว่าหรือ เท่ากับ 50	
AGE2	วัยผู้ใหญ่	Count	8	63	71
		% within AGE2	11.3%	88.7%	100.0%
	วัยผู้สูงอายุ	Count	3	26	29
		% within AGE2	10.3%	89.7%	100.0%
Total	Count	11	89	100	
	% within AGE2	11.0%	89.0%	100.0%	

ตารางที่ 4.9.2 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรอายุกับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.018 ^a	1	.894	1.000	.601	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.018	1	.893	1.000	.601	
Fisher's Exact Test				1.000	.601	
Linear-by-Linear Association	.018 ^c	1	.894	1.000	.601	
N of Valid Cases	100					.274

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.19.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .133.

Directional Measures

	Value
Nominal by Interval Eta AGE2 Dependent	.013
QOL2 Dependent	.013

ตารางที่ 4.9.3 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต

Crosstab

			QOL2		Total
			น้อยกว่า 50 คะแนน	มากกว่าหรือ เท่ากับ 50	
EDU	ไม่ได้เรียนหนังสือ	Count	1	5	6
		% within EDU	16.7%	83.3%	100.0%
	ประถมศึกษา	Count	4	36	40
		% within EDU	10.0%	90.0%	100.0%
	มัธยมศึกษา/ปวช.	Count	5	31	36
		% within EDU	13.9%	86.1%	100.0%
	อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	Count	1	17	18
		% within EDU	5.6%	94.4%	100.0%
Total	Count	11	89	100	
	% within EDU	11.0%	89.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.090 ^a	3	.780	.839		
Likelihood Ratio	1.154	3	.764	.858		
Fisher's Exact Test	1.387			.678		
Linear-by-Linear Association	.228 ^b	1	.633	.708	.389	.135
N of Valid Cases	100					

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .66.

b. The standardized statistic is .477.

ตารางที่ 4.9.3 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

Directional Measures

	Value
Nominal by Interval Eta	.048
EDU Dependent	
QOL2 Dependent	.104

ตารางที่ 4.9.4 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการดูแล (ชั่วโมง/วัน) กับคุณภาพชีวิต

Crosstab

			QOL2		Total
			น้อยกว่า 50 คะแนน	มากกว่าหรือ เท่ากับ 50	
Timeh2	1	Count	3	19	22
		% within Timeh2	13.6%	86.4%	100.0%
	2	Count	2	20	22
		% within Timeh2	9.1%	90.9%	100.0%
	3	Count	6	50	56
		% within Timeh2	10.7%	89.3%	100.0%
Total		Count	11	89	100
		% within Timeh2	11.0%	89.0%	100.0%

ตารางที่ 4.9.4 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการดูแล (ชั่วโมง/วัน) กับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probabilit y
Pearson Chi-Square	.243 ^a	2	.886	1.000		
Likelihood Ratio	.238	2	.888	1.000		
Fisher's Exact Test	.383			.913		
Linear-by-Linear Association	.083 ^b	1	.773	.847	.452	.143
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.42.

b. The standardized statistic is .289.

Directional Measures

	Value
Nominal by Interval Eta	.029
Timeh2 Dependent QOL2 Dependent	.049

ตารางที่ 4.9.5 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการดูแล (เดือน) กับคุณภาพชีวิต

Crosstab

			QOL2		Total
			น้อยกว่า 50 คะแนน	มากกว่าหรือ เท่ากับ 50	
Timem2	1	Count	5	43	48
		% within Timem2	10.4%	89.6%	100.0%
	2	Count	2	21	23
		% within Timem2	8.7%	91.3%	100.0%
	3	Count	1	13	14
		% within Timem2	7.1%	92.9%	100.0%
	4	Count	3	12	15
		% within Timem2	20.0%	80.0%	100.0%
Total	Count	11	89	100	
	% within Timem2	11.0%	89.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.595 ^a	3	.660	.723		
Likelihood Ratio	1.418	3	.701	.765		
Fisher's Exact Test	1.585			.742		
Linear-by-Linear Association	.494 ^b	1	.482	.569	.283	.085
N of Valid Cases	100					

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

b. The standardized statistic is -.703.

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Timem2 Dependent	.071
		QOL2 Dependent	.126

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัดสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=100)

Correlations

			Mut	Reward	QOL
Spearman's rho	Mut	Correlation Coefficient	1.000	.132	.287**
		Sig. (2-tailed)	.	.190	.004
		N	100	100	100
	Reward	Correlation Coefficient	.132	1.000	.177
		Sig. (2-tailed)	.190	.	.078
		N	100	100	100
	QOL	Correlation Coefficient	.287**	.177	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.078	.
		N	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวนพวรรณ ดวงจันทร์

วัน เดือน ปีเกิด

13 ตุลาคม 2529

สถานที่เกิด

จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2548 – 2552

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

พ.ศ. 2557 – 2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทุนการศึกษา

ไม่มี

ที่อยู่ปัจจุบัน

47/3 หมู่ 4 ตำบลจอมบึง อำเภोजอมบึง จังหวัด
ราชบุรี 70150

ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

เดือน เมษายน พ.ศ. 2552 – จนถึงปัจจุบัน

อาจารย์พยาบาล ภาควิชา รากฐานทางการ
พยาบาลและการดูแลทางสุขภาพ ตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

ติดต่อ

โทร 08-5194-1732

E-mail : m_may-may@hotmail.com