



ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุน
จากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2545

ISBN 974-04-1600-4

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

๒พ
๖๑๙ค
๒๕๔๕
ฉ.๒

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุน
จากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปิยรัตน์ ดวงสิน

นางสาวปิยรัตน์ ดวงสิน

ผู้วิจัย

ณัฏฐา อภิรักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนีย์ ละกำป็น

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

น.ส.อ.อ. อ.อ.อ.

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

คบ., คม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถิ่นถ่อวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์สมพร เจริญชัยศรี

วท.บ.,วท.ม.,ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุน

จากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2545

นางสาวปิยรัตน์ ดวงสิน

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุณีย์ ละคำปิ่น

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ พรทิพย์ มาลาธรรม

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

คป.,คม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถิ่นล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์กานดา วัฒนภัส

พ.บ., M.Sc. in Hygiene (P.H. Microbiology)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุณีย์ ละกำป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเอาใจใส่อย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำที่ดีแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และกราบขอบพระคุณอาจารย์ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารับดี และ โรงพยาบาลประสาท หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ความรักความเอาใจใส่และให้กำลังใจอันมีค่าแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด กราบขอบพระคุณ คุณตาคุณยาย ที่สนับสนุนด้านทุนวิจัย แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่บ๊วย (คุณสมพร โชติวิทย์ธารากร) พี่ที่แสนดีที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกๆเรื่องแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่เก๊ย (คุณวารินิ ศัชมาศย์) หัวหน้าเวิร์ด ที่กรุณาให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดเวรและการทำงาน ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆและน้องๆแผนกอายุรกรรมชายทุกท่านที่กรุณาในเรื่องการแลกเวร และความช่วยเหลือต่างๆ และที่ขาดไม่ได้ คือ กำลังใจสำคัญจากคุณชาย ที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ปิยรัตน์ ดวงสิน

4036572 PHPH/M : สาขาวิชาเอก : พยาบาลสาธารณสุข ; วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะในการดูแล / การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล /
ภาระการดูแล / ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปียรัตน์ ดวงสิน : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVING SELF EFFICACY , RECEIVING KNOWLEDGE AND SUPPORT FROM NURSES AND PERCEIVED CAREGIVING BURDEN IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : สุนีย์ ละกำป็น, กศ.ค.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) , ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม.(การบริหารการพยาบาล). 130 หน้า ..ISBN 974-04-1600-4.

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ที่มิภาวะพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระการดูแล โดยทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวซึ่งรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2544 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 105 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต(Obers,1990) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสายพิน เกษมกิจวัฒนา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะของตนเองในทฤษฎีของแบนดูรา(Bandura,1977) และแบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของจรียา วิทยะศุกร

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย โดยกิจกรรมที่รับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด คือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย รองลงมา คือ การจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี และรับรู้ถึงคุณภาพของกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.266, p<.006$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับนัยสำคัญ.05 ($r=0.035, p=0.72$) เมื่อวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแล มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแล ($\beta = -0.338, p<.001$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อภาระการดูแล โดยผ่านทางกรรับรู้สมรรถนะในการดูแล ($\beta = -0.11$) และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีอิทธิพลโดยตรงกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ($\beta = 0.411, p<.001$) จากผลการวิจัยที่ได้ พยาบาลควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

4036572 PHPH/M : MAJOR : PUBLIC HEALTH NURSING ; M.Sc.(PUBLIC HEALTH)

KEY WORDS : CAREGIVING SELF EFFICACY / RECEIVING KNOWLEDGE AND SUPPORT FROM NURSES / PERCEIVED CAREGIVING BURDEN / CAREGIVERS

PIYARAT TUANGSIN :THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVING SELF EFFICACY , RECEIVING KNOWLEDGE AND SUPPORT FROM NURSES AND PERCEIVED CAREGIVING BURDEN IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE. THESIS ADVISORS: SUNEE LAGAMPAN, Ed.D (Res. & Curr.Dev.), PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (Nursing Administration). 130 p. ISBN974-04-1600-4

A patient with stroke has self care deficits ,so the caregiver has to take the responsibility as a self-care agency.The purpose of this descriptive study was to study the relationships among caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden in caregivers of patients with stroke.

Orem's nursing theory was used as the conceptual basis of this study. The purposive sample group consisted of 105 family members with the primary responsibilities of caring for patients and taking the patients for physical check ups at out -patient departments at Prasart Hospital and Ramathibodi Hospital, between May and November, 2001.The instruments for data collection consisted of demographic characteristics of patients and caregivers, the Oberst's (1990) Caregiving Burden Scale , Caregiving Self Efficacy Scale, and knowledge and support receiving from nurses scale.

Results show that the subjects had perceived caregiving burden at a moderate level. Activity perceived as the heaviest burden was the arrangement of patient's traveling, and managing patient's emotions. Caregivers had caregiving self efficacy at a high level, and had scores for the quality of perception concerning knowledge and support given by nurses at a moderate level. When relationships were analyzed by using Pearson's correlation coefficient ,it was found that caregiving self efficacy of the caregivers was negatively related to perceived caregiving burden, with statistical significance ($r=-0.266$, $p<.006$) while receiving knowledge and support from nurses was not significantly related to perceived caregiving burden .05 ($r=0.035$, $p=0.72$). When path analysis was performed , it was found that caregiving efficacy directly affected perceived caregiving burden while knowledge and support receiving from nurses indirectly affected perceived caregiving burden, through caregiving self efficacy ($\beta=-0.11$). Receiving knowledge and support from nurses directly affected caregiving self efficacy ($\beta=0.411$, $p<.001$). Findings suggest that nurses should arrange suitable activities to promote caregiving self efficacy in caregivers. Knowledge and support given by nurse will in turn reduce perceived caregiving burden in caregivers.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ข้อดกถงเบ้องต้น.....	6
นิยามตัวแปร.....	6
2. ทบทวนวรรณกรรม	
ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	9
ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
บทบาทของผู้ดูแล.....	22
ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	27
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับภาระการดูแล.....	37
การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแล.....	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
จริยธรรมในการวิจัย.....	56
4. ผลการวิจัย	
ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	57
ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล.....	60
ภาระการดูแล.....	65
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล.....	67
การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล.....	69
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล	
การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล....	71
5. อภิปราย.....	76
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	83
6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก	
ก. คำชี้แจงและคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	97
ข. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล.....	98
ค. แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล.....	101
ง. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล.....	102
จ. แบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล.....	103
ฉ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ..	104
ประวัติผู้วิจัย	105
Executive Summary	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	58
2 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง...	61
3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความยากลำบากและปริมาณเวลาที่ใช้และภาระการดูแลในแต่ละกิจกรรม จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1-5 คะแนน จำแนกเป็นรายชื่อเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลจากมากไปน้อย.....	66
4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1-5 คะแนน จำแนกเป็นรายชื่อเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย.....	68
5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาลของผู้ดูแล จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 4 คะแนน จำแนกเป็นรายชื่อเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย.....	70
6 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	72
7 แสดงผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของ การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแล โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุแบบเชิงชั้น.....	72
8 แสดงผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ การรับรู้สมรรถนะในการดูแล โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย.....	73
9 การจำแนกความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล (Full Model)..	74
10 การจำแนกความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล (Reduced Model)	75

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แสดงความแตกต่างระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะและความเชื่อมั่นในผลลัพธ์	39
2. แบบจำลองเชิงสาเหตุของการระการคุณตามสมมติฐานของการวิจัย (Full Model).....	74
3. แบบจำลองเชิงสาเหตุของการระการคุณที่ได้จากการศึกษา (Reduced Model).....	75



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหนึ่งที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นโรคสำคัญและพบมากที่สุดของโรคระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กิตติ ล้อมภิชาติ, 2534: 334) และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีอัตราการเกิดโรคมมากเป็นอันดับสอง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ,2534:16-17 ;Lugger,1994:78) จากรายงานของเจแลร์ดและคนอื่นๆ (Jaillard,et al.,1995:566) พบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราชุกของโรคหลอดเลือดสมอง 4.4–10 ต่อประชากร1,000คน โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นมีอัตราชุกถึง 20 ต่อประชากร1,000คน ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาเองก็มีอัตราชุกของโรคอยู่ในระหว่าง 1.43-14.00 ต่อประชากร 1,000 คน (Bonita & Beaglehole,1995:541) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 150,000 คน/ปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และพบว่าอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบการดูแล ติดตาม บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ช่วยให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ขณะเดียวกันอัตราอุบัติการณ์ของโรคกลับไม่ลดลงเลย (Barker & Mullody ,1997:284;Shahar,et al.,1995:1) สะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มขึ้นทุกปี

ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราชุกของโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 6.9 ต่อประชากร 1,000 คน (นิพนธ์ พวงวรินทร์,2534:21) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นไปอีก ทั้งนี้เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ,2538:6) ซึ่งประชากรผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงสุด จากพยาธิสภาพของหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนและหลอดเลือด ซึ่งจากสถานการณ์ประชากรไทยปี 2543 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) สถิติของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากร

ไทรยานั้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) สาเหตุการตายของคนไทยอันดับ 1 คือ โรคระบบไหลเวียนและหลอดเลือด บุคคลที่ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในปัจจุบันคนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูง ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงมีแนวโน้มของการเกิดโรคค่อนข้างสูงด้วย

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่กับโรค เผชิญกับความไม่แน่นอนของภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจดีขึ้นหรือเลวลง (Miller,1983:3) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังการเกิดโรคนานเกิน 1 เดือน ร้อยละ 10 จะกลับฟื้นตัวได้เป็นปกติ อีกร้อยละ 10 เกิดความพิการมากจนไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีอาการเด่นชัดสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (Delisa,1988 อ้างถึงใน อรรถจักร์ โธษยานนท์, 2534:591) และพบว่าแนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้นลง มักถูกจำหน่ายกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ (Bull,1990:758) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงมาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษา (นุญตตะบุณพงศ์ และคณะ, 2537:10-11) พบว่าร้อยละ 90.9 มีความพิการและพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และร้อยละ 68.7 มีปัญหาเรื่องกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆอีกได้แก่ กลืนอาหารไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พักหลับได้น้อย พุดไม่ได้หรือพุดไม่ชัด สภาพอารมณ์และจิตใจไม่ปกติ สื่อภาษาไม่ได้ และยังพบปัญหาที่เป็นภาวะแทรกซ้อนติดตัวกลับไปบ้านด้วย ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นข้อจำกัดที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นญาติของผู้ป่วยจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร บิดามารดาและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จอม สุวรรณโณ, 2541:149-151) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนี้ โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536:21) เรียกว่า “บุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา” การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ถือว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคล จึงมีกระบวนการตอบสนองต่อบทบาทและผลลัพธ์จากการดูแลที่แตกต่างกัน จากรายงานบททวนวรรณกรรมของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985:207-211) กิฟเวนและกิฟเวน (Given & Given, 1991:83-87)

และวอล์กเกอร์และคณะ (Walker ,et al.,1995:404-408) พบว่าประสบการณ์ การตอบสนองและผลลัพธ์การดูแล มีทั้งในทางบวกและทางลบ สำหรับในทางบวกที่ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจ เป็นต้น ส่วนผลในทางลบ เกิดสืบเนื่องมาจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก รู้สึกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่ย่ำแย่ หรือไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รวมถึงระบบครอบครัว เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท รู้สึกเหนื่อยล้า และมีการรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ จะต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนี้เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมหรือเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อน ต้องตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองซึ่งอาจไม่คงที่ ทั้งการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล,2536:27-31) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแล อาจเป็นภาระหนัก และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระและมีเวลาส่วนตัว และ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ เกิดความเครียดความเบื่อหน่ายและปัญหาการดูแลผู้ป่วย (ชนิตา มณีวรรณ และคนอื่นๆ ,2535:64; Hoyert & Seltzer,1992:74) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาระการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของตนเองและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและความต้องการของตนเอง รวมทั้งสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem,1985;McCubbin,1987) และรับรู้ว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระมากเกินไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาล เพื่อให้ความรู้กับญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยให้น้อยลง ตลอดจนสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลและ

สมาชิกในครอบครัวเผชิญกับการดูแลได้อย่างเต็มศักยภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนี้ พบว่ามีหลายปัจจัยด้วยกันที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลได้แก่ เพศ จำนวนปีการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การเผชิญความเครียด แหล่งประโยชน์ของครอบครัว(จริยา วิทชะสุกร ,2539; ฌัฐสุภา จลาตสุนทรวาทิ,2539; นงนุช บุญยัง,2536;ทิพย์วรรณ วังเกตรา,2541;ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย,2540;เพียงใจ ดิรไพรวงศ์,2540)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึง การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล กับ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม(Orem,1985) เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โอเร็มได้มองว่าการที่บุคคลจะกระทำการใด ๆ ได้สำเร็จ บุคคลนั้นจะต้องมีแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งนั้น ซึ่งแบนดูรา (Bandura,1986) กล่าวว่าความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จะเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำการนั้น ดังนั้น ในทัศนะของการดูแลตนเอง ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ ในผู้ดูแลหากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสูง ก็จะมี ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน สำหรับการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล นั้น จะใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งโอเร็ม(Orem,1991) กล่าวว่า รูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลคือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างเหมาะสม ก็น่าจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลและเกิดการรับรู้ภาระการดูแลลดลงด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ การรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดำรงอยู่ได้ด้วย ความผาสุก

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล และ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร
2. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล และ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้จากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงพฤศจิกายน 2544

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางส่วน หรือ ทั้งหมด แต่มีศักยภาพและมีโอกาสพัฒนาการดูแลตนเองได้
2. ผู้ดูแลเป็นผู้มีศักยภาพ สามารถพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยได้
3. ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ทางสังคม เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามคำที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิด Ischemic และ Hemorrhagic Stroke และมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่ เช่น อยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรืออัมพาตครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย อาศัยภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ (Horowitz, 1985:201)

ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้เวลาในการดูแล และ ความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการนำยาลูกกลืน การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำการกิจกรรมต่างๆ
2. การดูแลระหว่างบุคคล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ
3. การกระทำการกิจกรรมทั่วไป หมายถึง กิจกรรมทั่วไปที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วย ประกอบด้วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย งานบ้าน การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ และการวางแผนเพื่อกระทำการกิจกรรมต่างๆ

การวัดภาระการดูแล ใช้แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ตส (Caregiving Burden Scale :CBS) ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เครื่องมือมี 2 องค์ประกอบ คือ

1. ความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล หมายถึง การคาดคะเนของผู้ดูแลถึงจำนวนเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการกระทำการกิจกรรมการดูแลที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีระดับแตกต่างกันตั้งแต่ 1 คือ ไม่ใช้เวลาเลย จนกระทั่ง 5 คือ ใช้เวลานานที่สุด (วัดได้จากแบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ตส มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลมาก คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลน้อย)

2. ความยากลำบากในการดูแล หมายถึง การคาดคะเนของผู้ดูแลถึงความพยายาม หรือความยุ่งยาก ในการกระทำการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีระดับคะแนนตั้ง

แต่ 1 คือ ไม่ยากเลย จนกระทั่ง 5 คือ ยากมากที่สุด (วัดได้จากแบบวัดการดูแลของโอเบิร์ตส มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลมาก คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลน้อย)

แบบวัดนี้มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1 – 5 คะแนน นำคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลมาคูณกัน แล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนการดูแลอยู่ในช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลน้อย คะแนนมาก แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมาก

การรับรู้สมรรถนะในการดูแล หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลว่าสามารถกระทำการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของผู้ป่วย การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของผู้ป่วย และการดูแลที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา เป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน ไม่นับใจเลยได้ 1 คะแนน จนถึงมั่นใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก คะแนนรวมน้อยแสดงว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย

การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงคุณภาพของบริการทางการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาล ในด้านการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถกระทำการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลสำหรับครอบครัวของ จริยา วิทยะสุกร และปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 0-4 คะแนน ค่า 0 หมายถึง ไม่ได้รับบริการ ,1 หมายถึง ควรปรับปรุง จนถึง 4 หมายถึง คุณภาพดีมาก คะแนนรวมน้อย แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการบริการทางการพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพน้อย คะแนนมาก แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการบริการทางการพยาบาลที่ได้รับ มีคุณภาพมาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. บทบาทของผู้ดูแล
4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับภาระการดูแล
6. การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแล

1. ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ โดยทั่วไปแบ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุการเกิด คือ 1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน 2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนี้ มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ เช่น ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว มักมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่ โดยส่วนใหญ่มักพบความพิการได้มาก ดังนั้นจึงพบว่ามีปัญหามากมายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

ปัญหาด้านร่างกาย

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลาสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อยซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก และอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนักขึ้น และเกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา แขนขาที่อ่อนแรงเกิดการบวม ทำให้เคลื่อนไหวได้ยากขึ้น อาจมีอาการเกร็งโดยนัยจะมีจะกำแน้น และถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บ จะทำให้เกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดไหล่ และตามมาด้วยข้อไหล่ติด แขนขาเหยียดลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบากเช่นกัน

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น (อร์นัตร โดษยานนท์ ,2539) โดยความผิดปกติที่พบมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร เกิดจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิก (Wernicke's area) ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (Alexia)

2.2 ไม่สามารถสื่อสารได้ เกิดจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา

จากความผิดปกติเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจ

3. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 , 7 , 9 , 10 , 12 ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องของการเคี้ยวอาหาร การเคลื่อนไหวของลิ้นที่ไม่สามารถควบคุมอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ ริมฝีปากแน่นไม่สนิททำให้อาหารไหลออกมาจากปาก กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก หรือไอในขณะกลืนอาหารจนเกิดการสำลักตามมา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องกลืนลำบากจึงมักจะมี

ปัญหาการสําลักอาหารตามมา ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ เช่น การขาดสารอาหาร โรคปอดบวมจากการสําลัก เป็นต้น

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบพาริเอทัล โดยเฉพาะในสมองซีกขวาซึ่งเป็นซีกไม่เด่น ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ที่พบบ่อยได้แก่

4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมๆกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ ความบกพร่องเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้ เพราะกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้นนั้นเสียแล้ว นอกจากนั้นยังรวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการได้ยิน ความสามารถในการบอกรูปร่าง ลักษณะ หรือส่วนประกอบต่างๆ การได้กลิ่นบกพร่อง ซึ่งทำให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยลดลง

4.2 ความพร่องในการรับรู้ตนเองและเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ขาดความสนใจต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกาย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีกระตุ้นด้านที่เกิดพยาธิสภาพเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติไป

4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักเวลา สถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองที่ 3 , 4 , 6 ที่พบบ่อยได้แก่ ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้ง 2 ตา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต อันเป็นผลให้อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย หรือบางรายมีความผิดปกติในความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการมองเห็น แปลออกมาให้เกิดเป็นความหมายที่ถูกต้อง เช่น กระยะไม่ถูก มองเห็นของสิ่งหนึ่งแต่ไม่สามารถบอกได้ว่าของสิ่งนี้คืออะไร ใช้ทำอะไร ทั้งๆที่มองเห็นได้ จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือบางคนอาจเห็นภาพซ้อน ซึ่งมีผลต่อความสมดุลต่อการนั่งและการยืน

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความจำ นอกจากนี้อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ขาดความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆได้ทั้งหมด

ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านหน้าหรือส่วนคอร์เทกซ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะค้าง ไม่สามารถถ่ายออกได้หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับน้ำไม่พอ หรือจากกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าจะต้องการถ่ายอุจจาระได้ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกังวลเรื่องการชำระความสะอาดและภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นจากความผิดปกติดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องขอความช่วยเหลือจากญาติในการชำระความสะอาดหรือสวนให้เมื่อปัสสาวะไม่ออก

7. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จะพบว่าความต้องการทางเพศลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ประกอบกับภาวะผันผวนทางจิตใจอารมณ์ ความซึมเศร้า ความกลัว วิตกกังวลต่างๆ ตลอดจนมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้ว ในรายที่เรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ อีกเช่น การติดขัดของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก เอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกบาง ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ และแผลกดทับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็จำกัดขีดความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ในบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้

ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของสมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกของแรงผลักดันทางจิต ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าได้แก่ การขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแล

ตนเอง แยกตนเอง ไร้อารมณ์ ไม่ร่วมมือ ทำอะไรตรงข้ามกับที่ลูกบอกกล่าว ไม่รับประทานอาหารนอนไม่หลับ เป็นต้น

2. ความกลัว เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์ที่ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวนี้จะออกมาหลายลักษณะ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจแสดงออกในลักษณะกลัวตาย กลัวความพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทรมาณ กลัวการเป็นโรคซ้ำ และกลัวการถูกทอดทิ้ง

3. ความเครียด เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย เนื่องจากความพิการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รวมถึงการต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้

4. ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ไม่มีความแน่นอนทำให้เกิดภาวะกดดัน ทำให้ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวล่วงหน้าในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความวิตกกังวลจะมีผลทำให้เปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ

5. ความก้าวร้าว ในกรณีนี้อาจแสดงออกมาในรูปปมเด่น ด้วยการวางอำนาจ หยิ่งยดถูกผู้อื่นจู้จี้จุกจิก หรืออีกรูปแบบหนึ่งอาจแสดงออกในรูปของการต้องการการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา เช่น เรียกหาญาติบ่อยๆ โดยไม่จำเป็น เพียงแต่อยากให้อยู่ใกล้ๆ พฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าทีไม่เป็นมิตร พุดแต่ในแง่ร้าย ใช้อาวุธหาขบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ขาดการมารับการรักษาต่อเนื่อง

6. ความรู้สึกสูญเสีย มีดังนี้

6.1 การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา จึงต้องรักษาสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ จึงทำให้สูญเสียความรู้สึกเป็นปกติไป

6.2 การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกายจากอาการประจำของโรคนี้ เช่น ปวดใหญ่ พุดลำบาก กลืนลำบาก เคลื่อนไหวลำบาก หรือจากการรักษาต่างๆ

6.3 การสูญเสียหน้าที่อวัยวะของร่างกาย ผู้ป่วยมักมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหลายๆส่วนพร้อมกัน ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย และส่งผลกระทบไปถึงจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอาย คับข้องใจ หงุดหงิดหรือซึมเศร้า

6.4 การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจากโรค ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาญาติ ตลอดจนอุปกรณ์ที่ทดแทนความเสื่อมโทรมของร่างกาย พึ่งพาโรงพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจมากขึ้นและขาดความรู้สึกเป็นอิสระ

6.5 การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ เนื่องจากโรคนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

6.6 การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งอาจเป็นความรุนแรงของโรคหรือความตาย ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป และไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหาได้

ปัญหาด้านสังคม

สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกันมีปฏิริยาโต้ตอบกันการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม ดังกล่าวเป็นความต้องการของมนุษย์ทั่วไป แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลของโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม ดังนั้น จึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของการเหินห่าง สาเหตุเกิดจากอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพุดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพุดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน

2. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปการห่างเหินเช่นเดียวกัน อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ค่านิยมของสังคมปัจจุบันที่ยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้ที่แสดงความ

สามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมลดลงเช่นเดียวกัน

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งหาเลี้ยงครอบครัวตลอดจนตัดสินใจปัญหาต่างๆ ในครอบครัวด้วยตนเอง แต่หลังจากป่วยผู้ป่วยกลับกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยงและในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาให้ผู้ป่วยอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจและหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจและรู้สึกว่าคุณค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้จะส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผน ควบคุมตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย หรืออาจต้องออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวใดไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในเวลาเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน เพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา และต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนั้น บางครอบครัวยังจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อรักษา หรือจัดสภาพบ้านและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผลของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหามากมายกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งสิ้น

แนวการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลรักษาในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทั่วไป จุดมุ่งหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534)

1. การป้องกันมิให้เกิดซ้ำ

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันไม่ให้โรคเกิดซ้ำได้ โดยการควบคุมปัจจัยที่เร่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง ในผู้ป่วยสูงอายุปัจจัยเร่งดังกล่าว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ สำหรับในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (Stroke in the young) พบว่าสาเหตุที่อาจพบ ได้แก่

- โรคหัวใจ เช่น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ เนื้องอกของหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นต้น
- หลอดเลือดอักเสบ
- ภาวะติดเชื้อของระบบประสาท เช่น neurosyphilis, bacterial meningitis
- ภาวะการตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอดบุตร และการใช้ยาคุมกำเนิด
- โรคหลอดเลือดสมองพิการแต่กำเนิด
- สุรา
- การบาดเจ็บ เช่น การบาดเจ็บบริเวณคออาจก่อให้เกิด arterial dissection และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา
- Hypertensive encephalopathy ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบว่าเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องหาสาเหตุ เช่น โรคไต , toxemia of pregnancy เป็นต้น
-

2. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ถ้าหากได้รับการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง โรคแทรกซ้อนดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะสามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ทั้งสิ้น ได้มีการจำแนกโรคแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

2.1. โรคแทรกซ้อนในระยะแรก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามความรุนแรง คือ

2.1.1. พวกที่เป็นรุนแรงมากและอาจมีอันตรายต่อชีวิต ได้แก่

- ปอดอักเสบ
- การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
- การติดเชื้อที่แผลกดทับ
- ภาวะการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่ในร่างกาย
- ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
- ลิ้มเลือดจุดในปอด

2.1.2. พวกที่เป็นไม่รุนแรงและไม่อันตรายต่อชีวิต ได้แก่

- ภาวะไหล่ติด ปวดไหล่
- อาการหดรัดเกร็ง
- ภาวะท้องผูก
- การเสียขวัญและกำลังใจ
- ภาวะซึมเศร้า

2.2. โรคแทรกซ้อนในระยะหลัง แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

2.2.1. อาการชัก

2.2.2. การหกล้มและกระดูกหัก

2.2.3. สุขภาพในครอบครัว

จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ก็จะทราบถึงปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และ แนวทางในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ดังนั้น เมื่อเกิดโรคนี้ขึ้นผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลของตนเองได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปก็จะเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเองที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลและกระทำให้กับผู้ป่วยนั้น จะเป็นการดูแลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องทราบว่าผู้ป่วยนั้นมีความต้องการการดูแลด้านใดบ้าง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะขึ้นอยู่กับปัญหาหรือโรคที่หลงเหลือ อันเป็นผลจากความผิดปกติของระบบประสาท ผู้ป่วยต้องการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย การทำนายผลลัพธ์ว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เช่นเดิม หรือยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดชีวิตหรือไม่ ย่อมขึ้นกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย กลไกการเกิดพยาธิสภาพซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก็มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แต่ความสามารถในการดูแลตนเองจำกัด ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การพิจารณาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้นั้น จะต้องพิจารณาจากความบกพร่องหรือปัญหาในการดูแลตนเองเพื่อที่จะให้การส่งเสริม หรือ คงไว้ในหน้าที่โครงสร้างและความมั่นคงของร่างกายได้ตามความต้องการของผู้ป่วยจากทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม(Orem,1985;Orem&Taylor,1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล,2536) กล่าวไว้ว่า ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแล ซึ่งกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นก็จะเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน คือ 1. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 2. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ 3. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนี้คือ

1. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นความต้องการการดูแลเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้เป็นการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานที่จำเป็น ในการทำกิจวัตรของการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living ,ADL) กิจกรรมการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1.คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อกำหนดไว้ซึ่งการทำงานที่และ โครงสร้างภายในร่างกาย

อากาศ น้ำและอาหารจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกาย สภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ผู้ป่วยอาจได้รับอากาศไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการอุดตันทางเดินหายใจ ผู้ป่วยอาจได้รับการเจาะคอและใส่ท่อทางเดินหายใจจนกระทั่งกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยต้องการการดูแลให้หายใจโล่งจากการที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ สำหรับความต้องการน้ำและอาหาร ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท อาจต้องจำกัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม ในแต่ละวันปริมาณน้ำไม่ควรเกิน 2,000 ซีซี ความต้องการพลังงานจากสารอาหารในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวในแต่ละวันประมาณ 1,700-2,000 แคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใดๆ สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตามผลจากการเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหากลืน การกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อปากอ่อนแรง หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่สูญเสียการกลืน ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.2. คงไว้ซึ่งการจับย้ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อาจเกิดปัญหาการจับย้าย เช่น ควบคุมการจับย้ายปัสสาวะไม่ได้ หรือกลไกการจับย้ายปัสสาวะสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วยอาจมีปัญหากลืนร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ชั่วคราว ซึ่งอาจเกิดในระยะแรกเมื่อระบบประสาทเริ่มกลับมาทำงาน หรือผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาท้องผูก หรือ ไม่ถ่ายอุจจาระเป็นระยะเวลาหลายวันจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากสภาพไม่รู้สีกตัว เป็นต้น ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการจับย้ายและการระบายให้เป็นปกติ วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวนี้ขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออกอาจต้องได้รับการสวนสายปัสสาวะคาไว้ในระยะแรก และมีแผนการฝึกการจับย้ายปัสสาวะด้วยตนเอง เป็นต้น

1.3. คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมร่างกายด้วยตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองในการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อันได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหารและน้ำ การจับย้าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ จะเป็นความต้องการการดูแลให้ปราศจากการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวมักพบความผิดปกติ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ ความผิดปกติของระดับอุณหภูมิร่างกายจะมีผลต่อสมอง อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญและการให้พลังงานมาก สมองอาจเกิดภาวะ การขาดออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะสมองบวม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องการ การดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งยากต่อการดูแลที่บ้าน

1.4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยที่เกิดการ สูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน ดังเช่น ผู้ป่วยมีแขนและขาซีกหนึ่งซีกใด อ่อนแรง หรือเป็นการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง2ข้าง ดังเช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ผู้ป่วย เหล่านี้ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องการให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึก ความคงทนและความแข็งแรงเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียง ปกติมากที่สุด นอกจากนี้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลต่อการพักผ่อนนอน หลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบ แผนการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลเนื่อง จากความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจะก่อให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผลกระทบทางด้านร่างกายอาจเกิดจากปวดศีรษะ เหนื่อย หายใจหอบ ซึ่งเป็นอาการมักพบในผู้ ป่วยโรคนี้ ผลกระทบด้านจิตใจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยน แปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า สับสน ผลกระทบเหล่านี้จะรบกวนการพักผ่อนนอน หลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.5. ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองต้องการการดูแลเพื่อให้ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้จาก การที่สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ การ จัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การจัดสิ่งแวด ล้อมควรจัดให้โล่ง จัดสิ่งของเครื่องใช้ในการกระทำกิจวัตรประจำวันให้จำเป็นให้อยู่ในลาน สายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและหยิบจับได้ง่าย

2. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เป็นความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ใน ระยะต่างๆ เช่น การเจริญเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต เป็นกิจกรรมที่แยกมาจากการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ในระยะต่างๆของวงจรชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบทำให้พัฒนาการนั้นช้าหรือเสียไป การดูแลตามพัฒนาการนี้ ประกอบด้วย

2.1. พัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารด้านความคิดอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่ง อาจพบปัญหาทางระบบประสาทอื่นๆนอกเหนือจากการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม ช่วงความสนใจสั้น ขาดสมาธิ สับสน ก้าวร้าว มีพฤติกรรมและคำพูดในการตอบสนองไม่เหมาะสม เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เกิดเนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยจึงต้องการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆที่เป็นปัญหาและเป็นผลจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนอาจพบปัญหาที่แตกต่างกัน ย่อมขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ผู้ป่วยจึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม ในการพัฒนาความสามารถปัญหาเหล่านี้ บางครั้งผู้ป่วยต้องการคำแนะนำหรือการฝึกจากผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น นักอรรถบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2. พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการพึ่งตนเอง ผู้ป่วยต้องการการพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งตนเองได้หรือพึ่งผู้อื่นน้อยที่สุด การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอย่างยิ่ง ความสามารถในการดูแลและพึ่งตนเองในผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับความสามารถในการเรียนรู้ทักษะ ความจำ และความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดโรค ดังนั้น การพัฒนาความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

3. ความต้องการการดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

เป็นความต้องการการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลในระหว่างมีสุขภาพแข็งแรงเป็นไป จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามและป้องกันความพิการต่างๆที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพนี้ จะเป็นการดูแลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลดังกล่าว เพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานและเพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยให้ยอมรับกับสภาพและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ภายใต้ข้อจำกัดที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนจะมากหรือน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับ เพศ อายุ การรับรู้ถึงการสูญเสีย ความเชื่อและความคาดหวังแต่ละคน รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองจำกัด จึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งบุคคลที่จะเข้ามารับบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

3. บทบาทของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลและพ้นภาวะวิกฤตแล้ว จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจึงจำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ผ่านมา ได้มีผู้สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแลที่ปรากฏใช้ในวรรณกรรมทางการพยาบาลดังต่อไปนี้(ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,2539:86 ;Barer & Johnson,1990:26-28 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ,2540)

- 1.ญาติหรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่นๆ
2. ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญาการรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป
3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz,1985:201) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ
2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือมีผู้ดูแลทั้งสองลักษณะร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การจัดแบ่งความรับผิดชอบ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นสมาชิกใน ครอบครัวนั่นเอง การกำหนดว่าใครคือผู้ดูแลหลักหรือรองนั้น จะต้องพิจารณาถึงความพร้อมทั้ง ด้านเวลา อีกทั้งความเหมาะสมในแง่อื่นๆ เช่น ความสามารถในการดูแล ความสะดวกในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น จากการศึกษาของจอม สุวรรณโณ(2540) พบว่า ผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้านใน 4 ลักษณะดังนี้

1. มีเฉพาะผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลต่อที่บ้าน โดยไม่มีผู้ช่วยเลย
2. มีผู้ดูแลหลัก 1 คน และมีผู้ดูแลรองหลายคน โดยผู้ดูแลหลักจะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยมากที่สุด และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลต่อที่บ้าน ส่วนผู้ดูแลรองมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในบางกิจกรรม หรือช่วยผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยเป็นบางวัน
3. มีผู้ดูแลหลัก 2 คน และไม่มีผู้ดูแลรอง ผู้ดูแลทั้ง 2 คน ทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยพอๆกัน โดยดูแลผู้ป่วยด้วยกัน หรืออาจผลัดเปลี่ยนกันมา
4. มีผู้ดูแลหลัก 2 คน และมีผู้ดูแลรองหลายคน โดยผู้ดูแลหลักทั้ง 2 คน จะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยพอๆกัน โดยดูแลผู้ป่วยด้วยกันหรืออาจผลัดเปลี่ยนกันมา ส่วนผู้ดูแลรองจะผลัดเปลี่ยนกันมาช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก

ดังนั้นจึงสามารถสรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแลที่บ้านได้ว่า เป็นผู้ปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ การตัดสินใจว่าใครคือผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร เพศหญิง วัยกลางคน ที่ให้การดูแลบิดามารดา ซึ่งมีปัญหาความพร่องด้านร่างกาย หรือการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ก็เป็นหน้าที่ของภรรยามากกว่าสามี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิง 7 ใน 10 คน ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Demeneses & Perry,1993) ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัว เพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้

การดูแลทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Blieszner & Mancini, 1987:176-180) ในขณะเดียวกันการตระหนักถึงศักยภาพในบทบาทของเพศหญิง และเจตคติที่ดีในการดูแล รวมทั้งพันธกิจที่ต้องดูแลตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณโดยเฉพาะบิดา-มารดา (Pohl, et al., 1995:68-75) ตลอดจนความรักความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ภายใต้พื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลด้วยความเต็มใจ โดยไม่ต้องมีการร้องขอหรือตั้งเงื่อนไขสิ่งตอบแทนจากผู้อื่น

การศึกษาที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นแนวโน้มในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหรือไม่ นั้น พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เช่น สัมพันธภาพก่อนการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะของบุคคลที่รับเป็นผู้ดูแล (Walker, et al., 1995:402-411) ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่มุ่งประโยชน์ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย นั่นคือ ญาติผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความเต็มใจ มีความสงสารเข้าใจผู้ป่วย ส่วนการรับบทบาทเนื่องจากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องการสิ่งตอบแทนหรือป้องกันการบริภาษจากบุคคลรอบข้าง จึงถือว่าเป็นแรงจูงใจที่มุ่งประโยชน์ของผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ส่วนผู้มีความพร้อมด้านสมรรถภาพการรู้จัก ตัดสินใจ มีความสามารถและทักษะการดูแล มักถูกคาดหวังจากบุคคลรอบข้างให้รับบทบาทดังกล่าว ทั้งนี้ยังต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลาและความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

โดยสรุปการที่สมาชิกคนใดในครอบครัวจะเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันต่อมา โดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด (รุจา ภูไพบูลย์, 2537:22) โดยเฉพาะเพศหญิงที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ถูกต้องดูแลพ่อแม่ เป็นต้น การเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบ จะถูกสังคมตำหนิได้

2. สัมพันธภาพ การศึกษาของ ชวลี แยมวงษ์ (2538) สะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีการแบ่งความรับผิดชอบแก่กัน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีความเห็นใจสงสารและห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

3. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแลรวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกอื่นๆ

4. การยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย หรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็นโอกาสได้ตอบแทนพระคุณ ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

5. การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักยินยอม โดยเฉพาะในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตต่อไปอีกไม่นาน

6. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ (บุพผิน ศิริโพธิ์งาม, 2539:86)

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักเป็นผู้รับบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ถือว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล จึงมีกระบวนการตอบสนองต่อบทบาทและผลลัพธ์จากการดูแลที่แตกต่างกัน รายงานการทบทวนวรรณกรรมของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985:207-211) กิฟเวนและกิฟเวน (Given & Given, 1991:83-87) และวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1995:404-408) พบว่าประสบการณ์การตอบสนอง และผลลัพธ์การดูแลมีทั้งในทางบวกและทางลบ ผลลัพธ์ทางบวกที่ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ ได้รับการยอมรับนับถือ ส่วนผลลัพธ์ในทางลบ ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รู้สึกถูกแยกออกจากสังคม ต้องแสดงหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่จำกัด หรือไม่สามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสม ก่อให้เกิดความกดดันในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รวมถึงระบบครอบครัว เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท รู้สึกเหนื่อยล้า เป็นภาระ สุขภาพทรุดโทรม ซึ่งการได้รับผลกระทบต่างๆเหล่านี้ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน และเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์การดูแล

โดยสรุปการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลนั้น จะเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามา นอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลกระทำอยู่ ซึ่งบทบาทใหม่นี้ เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ได้เตรียมการมาก่อน ซึ่งการดูแลนี้เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยค่อนข้างมาก ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแล ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นภาระมากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นกับหลายปัจจัยด้วยกัน

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โอเร็ม(Orem1991,1995) กล่าวถึงภาระการดูแลในลักษณะของผลลัพธ์ของการจัดการทำการดูแลให้กับบุคคลผู้ต้องการพึ่งพา หรือผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้มีหน้าที่รับผิดชอบสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของสมาชิกที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน มีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนดำรงไว้ซึ่งความประสงค์ที่จะกระทำการดูแลให้กับผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันผู้ดูแลยังมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและความผาสุกของตนเองด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแล

การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย เป็นการกระทำที่มีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอน การกระทำที่มีประสิทธิภาพจะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์ เกิดพัฒนาการและเกิดความผาสุกแก่สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลและผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลจะต้องเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและสอดคล้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ,2537:143) หากผู้ดูแลไม่สามารถใช้เวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลและต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วยนั้นคือผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแล (Orem,1995:208)

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายภาระการดูแล ทั้งโดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของตนเองและอาศัยพื้นฐานเชิงทฤษฎี โดยเฉพาะทฤษฎีด้านศีลธรรม-จริยธรรม (Klein,1979) และทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน(Lazarus & Folkman cited in Klein 1989 & Lawton,et al., 1989) เพื่อให้เข้าใจแนวคิดและการวัดภาระการดูแลได้ชัดเจนขึ้นดังรายละเอียดต่อไปนี้

ซาริท,รีเวอร์ และบาซ-ปีเตอร์สัน (Zarit,Reever,Bach-Peterson, 1980) เป็นนักวิชาการที่นักวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสมาชิกครอบครัวอยู่ที่บ้านมักจะกล่าวอ้างอิงถึง ได้อธิบายว่าภาระการดูแล หมายถึง “ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ดูแล ซึ่งสามารถวัดได้จากความรู้สึกไม่สุขสบายในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ” แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม พอลช็อคและเดอิมลิง (Polshock & Deimling, 1984) มีความคิดเห็นว่ายังมีนักวิชาการอีกหลายท่านมีความคิดเห็นแตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ผ่านมา

เขาจึงได้พยายามอธิบายความหมายภาระการดูแล และพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดภาระการดูแล โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อว่า ภาระการดูแล คือ “ผลลัพธ์จากประสบการณ์การดูแลที่เป็นส่วนบุคคลของผู้ดูแล และเป็นการสนองตอบต่อบริบทของการดูแลเป็นรายบุคคล” และเขาเห็นด้วยกับ ทอมสันและดอลล์ (Thompson & Doll 1982 cited in Poulshock & Deimling 1984) ที่แนะนำว่า ภาระการดูแลมี 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาระที่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า “ภาระเชิงวัตถุวิสัย (Objective burden)” และ 2) ภาระที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า “ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective burden)” จึงพยายามจำแนกภาระทั้ง 2 นี้ เมื่อพอลร็อกและค้ายม์ลิง พิจารณาข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลแต่ละบุคคลได้รับผลกระทบจากการดูแลแตกต่างกันตามการรับรู้เชิงจิตวิสัยของผู้ดูแล พอลร็อกและค้ายม์ลิงจึงได้ข้อสรุปว่า

ภาระการดูแล คือ การรับรู้เชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลต่อความพร่องของผู้ได้รับการดูแล หรือ ความต้องการการดูแลที่เขาต้องรับผิดชอบ ซึ่งสามารถวัดได้จากความยากลำบาก ความพยายามหรือความรู้สึกที่ไม่ดีของผู้ดูแลต่อความบกพร่อง หรือกิจกรรมการดูแลที่เขาต้องรับผิดชอบ และภาระเชิงจิตวิสัยนี้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง หรือจัดวางวิถีชีวิตของผู้ดูแลที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลและสมาชิกอื่นของครอบครัว 2. จัดวางกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบที่สามารถสังเกตเห็นได้ เขาจึงเรียกว่า ภาระเชิงวัตถุวิสัย และมีความเห็นว่า ภาระจิตวิสัย คือตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความบกพร่องหรือ ความต้องการการดูแล กับผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับ

ไคลน์ (Klein, 1989:96) กล่าวถึงภาระการดูแลว่า คือ การเผชิญกับภาระหนัก ความกดดัน และมองว่าการประเมินระดับของภาระการดูแลของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา และอยู่บนพื้นฐานของระดับพัฒนาการด้านศีลธรรมและจริยธรรมที่มีในแต่ละบุคคล และ พิจารณาว่าภาระการดูแลนั้น ก็คือ ความเครียดจากการประเมินของผู้ดูแล ตามแนวคิดของฟอกแมนและลาซาร์ส สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลประเมินและตัดสินใจออกมาเป็นการกระทำว่าการดูแลนั้นเป็นผลเสีย เกิดความภาคภูมิใจ หรืออาจประเมินว่าเป็นทั้งผลดีและผลเสียรวมกัน ดังนั้น หากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นผลเสียหรือเป็นทั้งผลดีและผลเสียแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระหรือเป็นความเครียดนั่นเอง เป็นที่น่าสังเกตว่าภาระการดูแลเป็นเครื่องวัดที่ดีถึงผลการดูแล แต่ภาวะเครียดได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่างหลายประการ แต่การศึกษาดังกล่าวก็ไม่สามารถชี้ให้เห็นถึงผลดีของการประเมินความเครียดแทนการประเมินภาระการดูแล อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ดเวย์ร์และคนอื่นๆ (Dwyer, et al., 1994) ที่ศึกษาในบุตรผู้ดูแลมารดาผู้สูงอายุจำนวน 135 ราย พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียด

นักวิชาการหลายท่าน (Sheehan & Nuttall ,1988; Oberst ,1990; Oberst, et al., 1991; Wallhagen ,1992; Bull ,1990) มีความคิดเห็นสอดคล้องกับโคลน์ ซึ่งอธิบายว่า “ภาระการดูแล หมายถึง ปริมาณความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ เป็นภาระที่สามารถเห็นได้ จึงเรียกว่า ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนความยากลำบากในการดูแล เป็นภาระที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จึงเรียกว่า ภาระเชิงจิตวิสัย” การวัดภาระทั้ง 2 ลักษณะนี้มักจะวัดด้วยข้อคำถามชุดเดียวกันแต่ถามใน 2 ประเด็น คือ 1. ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ซึ่งสะท้อนถึงปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ 2. ความยากลำบากในการดูแล ข้อคำถามมักประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็นที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ได้แก่ 1) กิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่ายเป็นต้น 2) กิจกรรมโดยทั่วไปซึ่งทำเป็นประจำ เช่นการบำบัดรักษา งานบ้าน และธุระนอกบ้านที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น 3) กิจกรรมระหว่างบุคคลหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การเฝ้าระวังอันตราย การแก้ไขพฤติกรรมของผู้ได้รับการดูแล เป็นต้น ยกเว้น Bull (1990)ที่แม้ว่าเขาจะเห็นด้วยกับการวัดภาระเชิงวัตถุวิสัยด้วยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แต่เขายังวัดภาระเชิงจิตวิสัยด้วยจำนวนของกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเพิ่มอีกและวัดภาระเชิงจิตวิสัยด้วยความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแล

มอนโกเมอร์และคนอื่นๆ (Montgomery ,et al.,1985:204) ให้ความหมายของภาระการดูแลว่า “เป็นการตัดสินใจบทบาทการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกล่วงล้ำเวลาส่วนตัวหรือถูกกดขี่หรือไม่” และประเมินภาระการดูแลออกเป็น 2 ลักษณะคือ ภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัยวัดจากกิจกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ และภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยวัดจากการรับรู้ ความรู้สึก ค่านิยมและอารมณ์ของผู้ดูแล ผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 80 ราย พบว่าภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัยในกิจกรรมการดูแลด้านการช่วยเดิน การเคลื่อนย้ายและกิจกรรมการดูแลด้านการพยาบาล อาบน้ำ แต่งตัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยได้ร้อยละ 34 ขณะเดียวกันก็พบว่ากิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ด้านยังมีมากยิ่งขึ้นทำให้เกิดภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัยมากด้วย และพบว่าจำนวนผู้ช่วยดูแลมากจะช่วยลดภาระการดูแล

จะเห็นได้ว่านักวิชาการอธิบายความหมายของภาระการดูแลแตกต่างกัน โดยสรุปมี 2 ความหมายคือ

1. ภาระการดูแล หมายถึง ความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบและเป็นความยากลำบากของการกระทำการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ความต้องการหรือกิจกรรมการดูแลคือ ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนความยากลำบากคือ ภาระเชิงจิตวิสัย

2. การระการดูแล หมายถึง ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแล ผลกระทบที่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า การระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนผลกระทบที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า การระเชิงจิตวิสัย

อย่างไรก็ตามทั้ง 2 แนวคิดเป็นความหมายที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแล โดยที่ปริมาณและความยากลำบากของการกระทำดูแลเป็นการประเมินจากเป้าประสงค์ของการกระทำดูแลหรือความต้องการการดูแล แต่อีกแนวคิดหนึ่งเป็นการประเมินจากผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับ ได้แก่ ความเครียด ความผาสุก ภาวะสุขภาพกาย จิตใจและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งกล่าวถึง การระการดูแลว่าคือ “การรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล” และ ประเมินการระการดูแลออกมา 2 ลักษณะ คือ การระการดูแลเชิงวัตถุวิสัย ซึ่งวัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม และการระการดูแลเชิงจิตวิสัย วัดจากการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม เมื่อนำทั้ง 2 ส่วนมาคูณและถอดรากที่สองจะได้เป็นการระการดูแลขึ้น ทำให้มองเห็นภาพรวมของการระการดูแลได้ชัดเจน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลของโอเร็ม ซึ่งใช้เป็นทฤษฎีพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ด้วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นับว่าเป็นการระการดูแลที่หนัก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่เช่น อัมพาตครึ่งซีก ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองในเรื่องต่างๆ ตามแนวคิดของโอเบิร์ต (Oberst, 1990 อ้างถึงใน จริยา วิริยะสุกร ,2539:28) การรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จะพิจารณาไปตามกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลได้ให้กับผู้ป่วย ได้แก่

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) การดูแลในส่วนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพิจารณาตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ก็จะเป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับ

- 1.1. การบำบัดรักษา เป็นกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานะของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

1.2. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของผู้ป่วย

1.3. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำการกิจกรรรมต่างๆ เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการของผู้ป่วย

2. การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อสนองตอบตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย

2.1. เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย

2.2. การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ

2.3. การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.4. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

3. การกระทำการกิจกรรรมทั่วไป (instrumental care) เป็นกิจกรรมการดูแลโดยทั่วไปที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยและเป็นกิจกรรมของผู้ดูแลเองที่จะต้องคอยดูแล ประกอบด้วย

3.1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.2. จัดการเกี่ยวกับการค่าใช้จ่าย

3.3. งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น

3.4. การเดินทางในสถานที่ต่างๆ

3.5. การวางแผนเพื่อกระทำการกิจกรรรมต่างๆ

กิจกรรมดังกล่าวนี้ โอเบิร์สได้พัฒนาขึ้นมาสำหรับวัดการดูแล ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้อง กับ การประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลผู้ต้องการการดูแล ตามกรอบแนวคิดของโอเบิร์ส ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอธิบายและประเมินการการดูแลของผู้ดูแล ตามแนวคิดของโอเบิร์ส ในลักษณะของการประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดของโอเบิร์ส

การศึกษาการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น แอนเดอร์สันและคนอื่น (Anderson, et al.,1995) ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบและการการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็นเวลานานและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 1 ปีจำนวน 84 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52 ยังต้องดูแลเรื่องการทำแผล ร้อยละ 48 ต้องช่วยเหลือในการทำความสะดวกร่างกาย ร้อยละ 36 ต้องให้อาหารทางสายยางลงกระเพาะอาหารและด้านอื่นๆอีก และพบผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ร้อยละ 41 มีอาการเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34 มีภาวะซึมเศร้า นอก

จากนี้ยังพบว่า มีภาวะกลัวอย่างรุนแรง มีภาวะกลัวและมีความวิตกกังวล ในขณะเดียวกันผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 82 และมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 49 และพบว่าผู้ดูแลเหล่านี้มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ มีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังมีความกลัว ความผิดหวัง ความโกรธ ความกระวนกระวายใจ และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความรู้สึกกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 58 และได้รับการบริการต่างๆในชุมชนร้อยละ 42 แต่ร้อยละ 88 ของผู้ดูแลยังคงมีความรู้สึกลัวว่ามีสิ่งคุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ร้อยละ 79 ไม่ได้เข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น ร้อยละ 55 ใช้เวลาว่างที่มีในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และร้อยละ 35 มีปัญหากับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวเนื่องจากความกดดัน ความไม่เข้าใจกัน และการเพิกเฉยระหว่างสมาชิกในครอบครัวจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย มีรู้สึกผิดหวังและโกรธผู้ป่วยในบางครั้ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านสุขภาพภายในกลุ่มผู้ดูแลโดยร้อยละ 20 ของผู้ดูแลมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพกายกันมาก ได้แก่ โรคไขข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

ส่วนการศึกษาของพริ้นท์เฟดเดอร์สัน (Printz-Feddersen, 1990) โดยใช้ขบวนการกลุ่มในการลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 38 ราย โดยร้อยละ 72 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 คือคู่สมรสและมีอายุเฉลี่ย 64 ปี พบว่าผู้ดูแลมีสุขภาพดีถึงดีมาก ร้อยละ 69 และพบว่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้ขบวนการกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย ในด้านการรับรู้ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย และในด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการศึกษาชี้ว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ เนื่องจากบทบาทการดูแลนี้เป็นบทบาทที่คู่สมรสจะต้องกระทำอยู่แล้วตามความคาดหวังของสังคม ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมหรือสังสรรค์นั้นพบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาพอส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ในด้านภาวะอารมณ์พบว่า ผู้ดูแลเกิดความซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 ของผู้ดูแลทั้งหมดทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ร้อยละ 18 เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 71 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน และมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่ต้องการความช่วยเหลือมาก

จะเห็นได้ว่าระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านอื่นๆเข้ามามีผลด้วย เช่น อายุของผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สำหรับการศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลกลุ่มอื่นนั้น มีดังนี้



โอเบิร์ตและคนอื่นๆ (Oberst, et al., 1989) ศึกษาถึงความต้องการการดูแลและการประเมินสถานการณ์การดูแล จากสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 47 ราย โดยใช้แบบวัดภาระการดูแลในส่วนของการดูแลและแบบประเมินสถานการณ์การดูแลพบว่า กิจกรรมที่ก่อให้เกิดภาระการดูแลสูงสุดคือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย รองลงมา คือ การให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อน การทำงานบ้านเพิ่มขึ้น และ ยังพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ($r=0.53, p<.001$) ผู้ดูแลที่พอกอยู่กับผู้ป่วยมีระดับภาระการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้พอกอยู่กับผู้ป่วย ($F=6057, p<.05$) และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับการประเมินสถานการณ์การดูแล พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการสูญเสียและการคุกคาม

การศึกษาในทำนองเดียวกันของแคร์รี่และคนอื่นๆ (Carey, et al., 1991) ซึ่งศึกษาเรื่องการประเมินสถานการณ์การดูแล ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเช่นกัน แต่เป็นการใช้แบบวัดภาระการดูแลที่วัดใน 2 ลักษณะ คือความต้องการการดูแล ซึ่งวัดการรับรู้การใช้เวลาในการดูแล และ การรับรู้ความยากลำบากในการดูแลในผู้ดูแลจำนวน 49 ราย พบว่า กิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด คือ การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน รองลงมา คือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย การทำงานบ้านเพิ่มขึ้น การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนการวัดการรับรู้ความยากลำบากในการดูแล กิจกรรมที่มีความยากลำบากมากที่สุด คือ การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน รองลงมา คือ การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล การจัดอันเนื่องมาจากอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย และ พบว่าการรับรู้ความยากลำบากในการดูแลมีระดับคะแนนต่ำกว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ส่วนระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r=0.68, p<.001$) และ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ถึงร้อยละ 47 ด้วย จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้มีลักษณะใกล้เคียงกับผลการศึกษาของโอเบิร์ต ขณะเดียวกันการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเองก็ให้ผลการศึกษาสอดคล้องกัน ดังเช่นการศึกษาของวอลฮาเกน (Wallhagen, 1992) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 60 ราย โดยใช้แบบวัดความต้องการการดูแล ประเมินกิจกรรมการดูแลออกมา 2 ลักษณะ คือ เชิงวัตถุวิสัย ประเมินจากความถี่ในการกระทำกิจกรรมและเชิงจิตวิสัย ประเมินจากความยากลำบากในการดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความยากลำบากในการดูแลในระดับต่ำกว่าความถี่ของกิจกรรมในการดูแล และกิจกรรมการดูแลที่มีความถี่ในการกระทำสูงสุด คือ การเตรียมอาหาร รองลงมาคือ การดูแลให้ยาผู้ป่วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย ส่วนความยากลำบากในการดูแลพบว่ากิจกรรมที่มีความ

ยากลำบากสูงสุด คือ การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ รองลงมา คือ การป้องกันอุบัติเหตุ และการที่ไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้เพียงลำพัง ซึ่งให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลมากกว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ความต้องการการดูแลเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ($r=-0.22, p<.01$ และ $r=-0.47, p<.001$ ตามลำดับ) ความต้องการการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r=0.38, p<.001$) และ พบว่าความต้องการการดูแลเชิงจิตวิสัยและวัตถุวิสัยร่วมกันทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ร้อยละ 37 และสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 27 ซึ่งให้เห็นว่าหากต้องกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากและมีความยากลำบากในการกระทำมาก จะมีผลต่อผู้ดูแลทั้งในด้านความพึงพอใจในชีวิตและภาวะซึมเศร้า

ฟิลลิปส์และคนอื่นๆ(Phillips,et al.,1995) ได้ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จำนวน 109 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 87 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการแต่งตัว การเตรียมอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่ายและอื่นๆ และยังพบว่าความเครียด การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบันร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 32 ขณะเดียวกันภาระการดูแล การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน การติดตามและประเมินผลดูแลของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายคุณภาพการดูแลได้ถึงร้อยละ 36 ซึ่งให้เห็นว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่บอกลถึงภาระการดูแล ขณะเดียวกันภาระการดูแลที่สูงจะบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลที่ต่ำด้วย

การศึกษาของฟีดewaและโอเบิร์ต (Fedewa & Oberst,1996) ในบิดามารดาที่ดูแลบุตรเปลี่ยนไตจำนวน 20 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล โดยในด้านความต้องการการดูแลนั้นมีคะแนนสูงในกิจกรรมการทำงานบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การประคับประคองจิตใจ และความยากลำบากในการดูแลมีคะแนนสูงในกิจกรรมการทำงานบ้าน การประคับประคองด้านจิตใจและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นการทำงานเพิ่มมากขึ้นในทุกกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบ และการดูแลเหล่านี้จะต้องกระทำตลอดไปไม่มีวันสิ้นสุด

โรบินสัน(Robinson,1990) ศึกษากรรยาผู้ดูแลสามีสูงอายุที่มีปัญหาหกล้มทางจิต พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาเฉลี่ย 8.8 ชั่วโมงต่อวันในการดูแล เมื่อวัดภาระการดูแล พบว่า ภาระการดูแล

เชิงจิตวิสัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล($r=-0.26, p<.05$) ในขณะที่ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ส่วนภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในชีวิตสมรสก่อนที่จะป่วย 1 ปี ($r=-0.44, p<.01$) เมื่อหาตัวทำนายพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ทัศนคติ ความสุขในชีวิตสมรสก่อนที่จะป่วย 1 ปี แรงสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 17

คุยรุชและคณะ (Kuei-Ru Chou,et al.,1999) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในประเทศไต้หวัน พบว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และการเผชิญความเครียด สามารถทำนายความเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

สำหรับการศึกษาภาระการดูแลในประเทศไทย วิภาวรรณ ชุ่ม(2536) ได้ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระมากที่สุดคือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ รองลงมาคือ การจัดการเรื่องการเดินทาง การให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน โดยคะแนนการใช้เวลาในการดูแลมีระดับสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล และพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและความผาสุกโดยทั่วไป ($r=-0.22, p<.05$ และ $r=-0.40, p<.001$) นั่นคือถ้าภาระการดูแลมาก ความผาสุกโดยทั่วไปจะน้อยลง ภาระการดูแลและระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลสามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21

รสถิน เอี่ยมยิ่งพานิช(2539) ได้ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนจำนวน 100 ราย พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระการดูแลมากที่สุด คือ การจัดการแก้ปัญหาพฤติกรรม รองลงมาคือ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ และยังพบว่าคะแนนความต้องการการดูแลหรือการใช้เวลาของผู้ดูแลในการทำกิจกรรมนั้นมีค่าคะแนนสูงกว่าการรับรู้ความยากลำบากในการดูแล

จริยา วิทยะสุกร(2539) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 74 ราย พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด คือ ภาระค่าใช้จ่าย รองลงมา เป็นการเฝ้าระวังอันตราย และการเดินทาง ตามลำดับ และยังพบว่า

ค่าเฉลี่ยในด้านปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงกว่าค่าเฉลี่ยด้านความยากลำบากในการดูแล นอกจากนี้ แหล่งประโยชน์ของครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแล มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับการดูแลและร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 30

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์(2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย พบว่าคะแนนภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 34.92 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 และ ค่าความแปร 0.01 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากิจกรรมการดูแลด้านการจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย มีคะแนนภาระการดูแลสูงสุด รองลงมา คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และ พบว่าคะแนนต่ำสุดในเรื่องการทำงานอื่นเพิ่มขึ้นจากที่เคยทำตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลข้างต้น พบว่าระดับความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล มีระดับคะแนนสูงกว่าระดับความยากลำบากในกิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยตรง การตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล และการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่าแม้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลไม่สามารถลดลงได้ แต่การรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแล เป็นสิ่งที่สามารถปรับให้ลดลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลมาก จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง รวมทั้งมีผลต่อคุณภาพการดูแลและความผาสุกภายในครอบครัวด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่ามีหลายปัจจัยด้วยกัน ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแล แต่ยังไม่พบการศึกษาเรื่อง การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล ว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลหรือไม่ พบเพียงว่า หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะสูงทั้งในด้านการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่น ก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ ซึ่งก็อาจจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ภาระการดูแลน้อยลงด้วย เนื่องจากภาระการดูแลตนเองนั้นเกิดจากความรู้สึกลำบากและการต้องใช้ความพยายามมากในการกระทำการดูแลนั้น ดังนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำการดูแลนั้นได้ ก็จะทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลนั้นยากลำบากอีกต่อไป อีกปัจจัยที่น่าสนใจคือ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับในส่วนนี้แล้วจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ และ ทักษะในการดูแลมากขึ้น

ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้ และได้รับการพัฒนาความสามารถเกี่ยวกับการดูแลแล้ว ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแล สามารถให้การดูแลได้โดยไม่รู้สึกลำบากลำบากอีกต่อไป ซึ่งน่าจะช่วยลดความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำปัจจัยทั้งสองนี้ มาหาความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แรงงูใจในทัศนะของนักจิตวิทยา เชื่อว่าเป็นแรงผลักดันทางสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลได้รับการเสริมให้มีแรงงูใจเพิ่มขึ้น เมื่อผลการกระทำเป็นไปในทางที่ดี แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่มีผลเสีย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลของโอเร็ม(Orem,1985) โอเร็มได้ให้ความหมายของแรงงูใจในลักษณะของเป้าประสงค์ของการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีส่วนรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง แรงงูใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกรดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพจึงเป็นแรงงูใจที่สำคัญของบุคคล แบนดูราได้เสนอแนวคิดเรื่อง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura,1977) ที่ว่าบุคคลมีการเรียนรู้จากเหตุการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมา การเรียนรู้จากเหตุการณ์ต่างๆ เป็นประสบการณ์ที่มีผลควบคุมพฤติกรรมของบุคคล คือบุคคลจะใช้ประสบการณ์เดิมมาคาดคะเนเกี่ยวกับอีกเหตุการณ์หนึ่งที่จะเกิดตามมา ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะลงมือกระทำหรือตัดสินใจไม่กระทำก็ได้ ซึ่งความเชื่อในสมรรถนะของตนเองนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ นั้นอย่างต่อเนื่อง ในทัศนะของการดูแลตนเอง ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ เพราะความรู้อย่างเดียวไม่สามารถจะกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ (Moore,1990 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล)

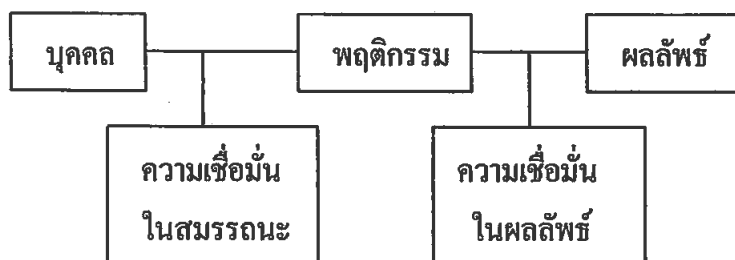
ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนั้น แบนดูราเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล(internal factor) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition) และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition) โดย

พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นในลักษณะเป็นปัจจัยซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทั้งสาม กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ขณะเดียวกันปัจจัยในตัวบุคคล ก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและเงื่อนไขของสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสิ่งแวดล้อมก็เปลี่ยน เพราะพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆที่กำหนดพฤติกรรม ดังนั้น ปัจจัยทั้งสาม จึงเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน(Bandura,1977:191-193)โดยอาศัยหลักการดังกล่าวเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเอง และจะคาดหวังถึงผลการกระทำบางอย่าง ความสามารถแห่งตนที่บุคคลรับรู้ และ ผลการกระทำตามความคาดหวังของบุคคลก็จะส่งกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆของบุคคล นอกจากนั้นผลของสภาพแวดล้อมที่ได้รับการสร้างขึ้นโดยการกระทำของบุคคล ก็จะส่งกลับมายังความคาดหวังของบุคคลอีก เช่นเดียวกับการกระทำพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในตัวผู้ดูแล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ดูแล เงื่อนไขของพฤติกรรมได้แก่ ความยากง่าย ความซับซ้อนของการดูแลนั้นๆ และ เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อมได้แก่ สถานการณ์ที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่ในขณะนั้น ความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย การยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้รอบข้าง เป็นต้น ผู้ดูแลจะกระทำพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเองมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งก็คือ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดี และมีความคาดหวังว่าการกระทำนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การกระทำที่สำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามต้องการ สถานการณ์ที่ไม่ตึงเครียด จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดีขึ้น มีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

แบนดูรา (Bandura,1977:79) อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการคือ

1. ความเชื่อมั่นในสมรรถนะ (Efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ
2. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นๆจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ความเชื่อมั่นในสมรรถนะ และ ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรม ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะและความเชื่อมั่นในผลลัพธ์
(Bandura, 1977)

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการและเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ (Fleury 1992:235) ความเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะเป็นตัวชี้ให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จมากขึ้น และถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการหรือคาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและเกิดความกลัวน้อยลง เมื่อพบกับเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเคยล้มเลิกพฤติกรรมด้วยสาเหตุใดก็ตามจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองต่ำลง และเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ (Bandura,1977:80)

สรุปได้ว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำกิจกรรมบางอย่างให้สำเร็จด้วยระดับความสามารถเฉพาะที่แตกต่างกัน ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ดังนี้ (Bandura ,1977:194)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยากๆ ถ้าให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถของแต่ละบุคคล

2. มิตติความเป็นสากล (generality) เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้นซึ่งสามารถใช้ได้ทั่วไปในสถานการณ์ต่างๆ หลายสถานการณ์ ประสบการณ์การทำงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้

3. มิตติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง

ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของบุคคล มีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 ทางดังนี้ (Fleury, 1992:235; Bandura, 1977:195-203)

1. ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรง ที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น และเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลจะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น หากบุคคลมีความพยายามและประสบความสำเร็จอีกครั้งหนึ่ง

2. การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่บุคคลคิดคล้ายตามว่า บุคคลอื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและความพยายาม โดยเฉพาะถ้าต้นแบบนั้น เป็นผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน มีความพยายามและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำ ชักจูง ชื่นชมจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะกระทำสำเร็จ แม้ไม่เคยกระทำมาก่อน วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันมาก แต่มีข้อจำกัดคือ จะมีผลเพียงในระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองได้ไม่มากนัก

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) มีผลต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง บุคคลที่มีความเครียด ตื่นเต้น วิตกกังวลสูงจากสถานการณ์ต่างๆ จะขาดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และมักหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมหรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ การแก้ไขความรู้สึก วิตกกังวล เครียด ตื่นเต้น อาจทำได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลคุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆ มากขึ้นทีละน้อย

จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูราที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากการประเมินตัดสิน

ของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวนี้จึงได้มีการนำแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มาอธิบายการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วยความเชื่อว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพใดๆ ก็ต่อเมื่อมีความเชื่อว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองนี้มีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับ พฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มิสุขภาพปกติ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ

สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับการดูแลสุขภาพ มีดังนี้

เฮลีย์ บราวน์และวีน (Haley, Brown & Levine 1987) ทำการศึกษาการประเมินของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม โดยถาม 3 ประเด็น ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมช่วยเหลือ 2. ความเครียด 3. การรับรู้สมรรถนะ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมช่วยเหลือในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำโดยทั่วไป และกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมตามพฤติกรรมบกพร่องต้องการการช่วยเหลือแตกต่างกัน และพบว่าระดับความเครียด และการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลมีแบบแผนคงที่ กล่าวคือ ผู้ดูแลรับรู้ความเครียดสูงสุดในกิจกรรมการช่วยเหลือด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รับรู้ความเครียดปานกลางในด้านกิจวัตรประจำวัน รับรู้ความเครียดต่ำสุดในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำโดยทั่วไป แต่ผู้ดูแลรายงานว่าเขารับรู้สมรรถนะต่ำสุดในกิจกรรมการช่วยเหลือด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รับรู้สมรรถนะปานกลางในกิจวัตรประจำวัน และรับรู้สมรรถนะสูงสุดในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำโดยทั่วไป ผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้อธิบายว่ากิจกรรมที่ทำเป็นประจำทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆไป เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถคาดได้ เขาจึงพัฒนาทักษะการช่วยเหลือได้พอเพียงหรือใกล้เคียงกับความต้องการ จึงทำให้เขาเชื่อมั่นว่าควบคุมสถานการณ์เหล่านี้ได้ ผู้ดูแลจึงมีความเครียดระดับต่ำถึงปานกลางและรับรู้สมรรถนะในระดับสูงถึงปานกลาง ส่วนกิจกรรมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมที่เป็นอันตราย เป็นสิ่งที่คาดการณไม่ได้ และยากที่จะควบคุม จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงสุด และรับรู้สมรรถนะต่ำสุดได้ ผลการวิจัยนี้ ช่วยสนับสนุนแนวคิดของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีอิทธิพลสำคัญต่อการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแล

กรอส และโรซิชซาโน (Gross & Rocissano, 1988: 19) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของ บิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยหัดเดิน โดยกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของบิดามารดา คือ การรับรู้ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการกับกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องในการเลี้ยงดู บุตรของตน บิดามารดาที่ประเมินว่าบุตรของตนนั้นคือ เลี้ยงยาก มีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ เหมาะสม จะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกยากลำบากในการให้การดูแลเลี้ยงดู ทำให้มีการรับรู้ สมรรถนะต่ำลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของบุตร ไม่ สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ การเผชิญกับปัญหาและความล้มเหลวหลายครั้งร่วมกับมีการรับ รู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา

สำหรับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นความเชื่อ มั่นของผู้ดูแลในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ตามแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วยการความเชื่อมั่นในการดูแลตามความต้องการการดูแลที่จำ เป็นโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง หากพิจารณาตามทฤษฎีของเบนดูราแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนบุคคล การที่บุคคลจะกระทำการพฤติกรรมดูแลตนเองได้ต้องผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ก่อน ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนแนวคิดนี้โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองดี ก็ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีด้วย ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยดี ก็จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่ดีด้วย ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎี ความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มกล่าวไว้ว่าแรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถ ของบุคคลในการจูงใจให้บุคคลกระทำการกิจกรรมใดๆ เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ ซึ่ง การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแรงจูงใจหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลกระทำการกิจกรรมได้สำเร็จตามที่คาด หวังไว้ ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลที่ดี จะช่วยให้ผู้ดูแลกระทำการกิจกรรมการดูแล ได้ดีด้วยโดยไม่รู้สึกลำบากต่อไป ซึ่งจะช่วยลดภาระในการดูแลได้เช่นเดียวกัน

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของเบนดูรา จะพบว่า การรับรู้สมรรถนะ เป็นตัวเชื่อม ระหว่าง ความรู้และการกระทำ นั่นคือ บุคคลจะกระทำการกิจกรรมใดได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อ มั่นว่าตนเองสามารถกระทำการกิจกรรมนั้นได้ ซึ่งสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นก็คือ ความรู้เกี่ยว กับสิ่งที่จะกระทำนั้น เช่นเดียวกัน การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้ การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความ สามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลจะเป็นแบบการให้ความรู้และการสนับสนุน

6. การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะที่เฉพาะ ต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในส่วนนี้

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมักจะเป็นผู้สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเองไม่ได้ แต่ถ้าความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดนั้นจะต้องคิดตัวผู้ป่วยไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป เมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยเองมีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องพิจารณาว่าผู้ดูแลมีความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ เพียงใด และจะต้องจัดให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ดูแล เพื่อพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้

บริการทางการแพทย์ที่พยาบาลจัดให้กับผู้ดูแลนั้น จะเป็นในรูปของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือดังนี้คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เรียกการพยาบาลระบบนี้ว่า “การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้” ในระบบนี้ผู้รับบริการจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะมีวิธีการให้ความช่วยเหลืออยู่ 4 วิธี คือ

1. การชี้แนะ การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักใช้วิธีการนี้ร่วมกับวิธีการสนับสนุน

2. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งการสนับสนุนนี้จะรวมทั้งการสนับสนุนทาง

ด้านร่างกายและทางด้านจิตสังคมเช่น การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและการพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ

3. การสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของบุคคล

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแล เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้รับบริการในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าแก่ตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่น เช่น วิธีการกลุ่ม เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

สำหรับการบริการทางการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เช่นเดียวกัน จะใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งจะประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธีที่กล่าวมาข้างต้น โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลดังนี้

1. การชี้แนะ พยาบาลมีการชี้แนะผู้ดูแลให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือปรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่างๆ แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดูแลผู้ป่วย หรือวิธีปฏิบัติต่างๆ และให้ผู้ดูแลเลือกและตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งการชี้แนะให้ผู้ดูแลสังเกตอาการ และอาการแสดงของความผิดปกติของผู้ป่วย และรีบขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชื่อถือได้ ตั้งแต่ระยะแรก

2. การสนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ผู้ดูแลรู้ว่า เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถกระทำการกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ รับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลเยี่ยมบ้าน รวมทั้งจัดหาข้อมูลต่างๆที่ผู้ดูแลต้องการ ก็เป็นการสนับสนุนเช่นเดียวกัน

3. การสอน เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะประกอบด้วย

3.1 ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งอาจใช้สื่อการสอนร่วม หรือให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

3.2 การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคอยให้คำแนะนำและแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำไม่ถูกต้อง

3.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เช่น จัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการมีกลุ่มช่วยเหลือกัน จะช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน หรือมีปัญหาเหมือนกัน รวมทั้งการให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กันเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นๆข้างต้น

การให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ หากพยาบาลได้จัดให้กับผู้ดูแลแล้ว จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นได้ ซึ่งจากรายงานการวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านมา ภายหลังจากที่พยาบาลได้ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้นดังงานวิจัยต่อไปนี้

บุรารณี สุขวัญญาณ์ (2537) ศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาไม่เกิดแผลกดทับ และญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

โฟลเดน (Folden, 1993) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย ที่เข้ารับการบำบัด เพื่อพักฟื้นตามโปรแกรมที่จัดขึ้นภายหลังเกิดอาการสโตรค ประเมินการรับรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด หลังจากนั้นสอนให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลไประยะหนึ่ง ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการรับรู้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินนะรัตน์ ศรีภักทธิบุญ (2540) ได้ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ดูแลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากงานวิจัยข้างต้น เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้ดูแลจะมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ อภิรติ พลอดในเมือง (2542) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมหลังเข้าโครงการ สูงวก่อนเข้าโครงการ ดังนั้น พอสรุปได้ว่า หากพยาบาลได้ให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น จนเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่รู้สีกว่ากิจกรรมการดูแลนั้นยากลำบาก และใช้เวลาในการดูแลน้อยลง ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

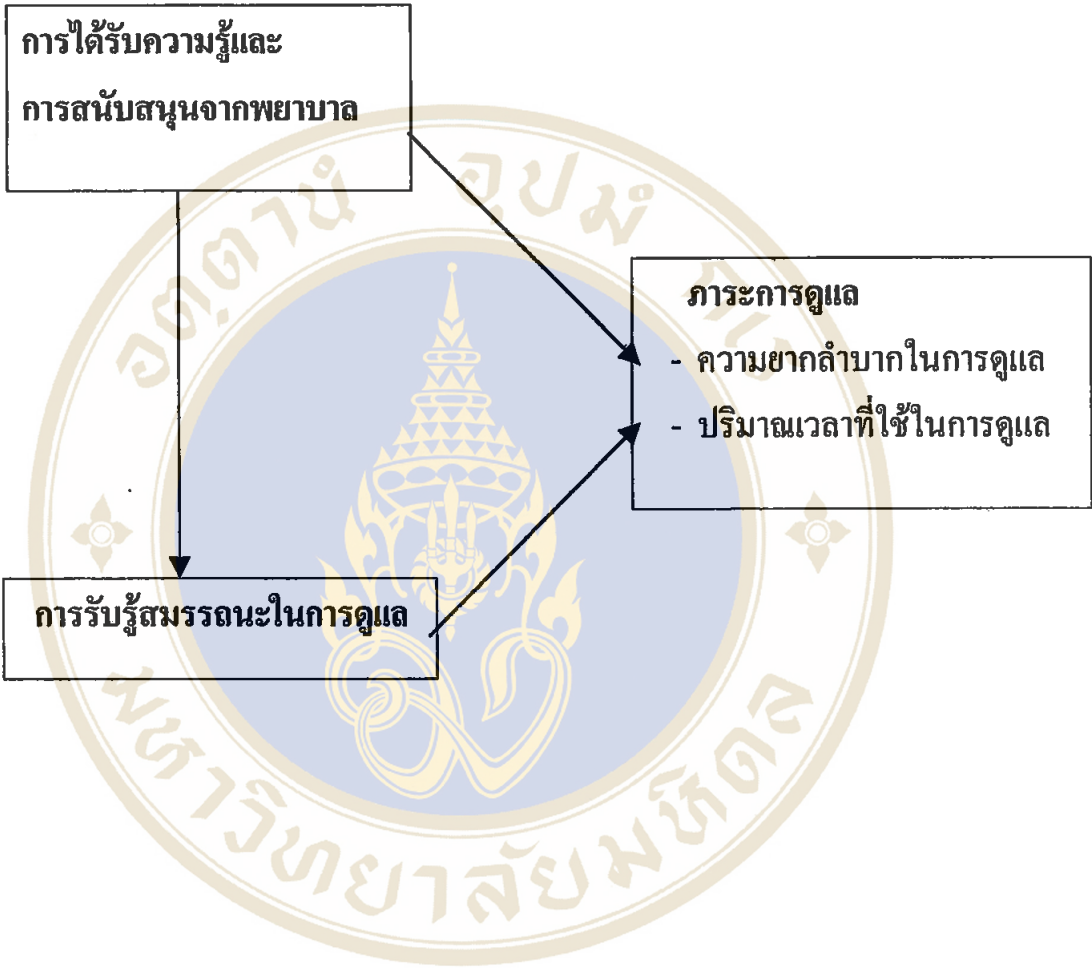
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การที่ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ ตามแนวคิดของแบนดูรา(Bandura,1977) เชื่อว่าบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ โดยความเชื่อมั่นนี้จะเป็นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อมระหว่าง ความรู้ กับ การกระทำ โดยผู้ดูแลจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่ได้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการดูแลผู้ป่วย การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากบุคคลอื่น การได้รับคำแนะนำ ชักจูงจากบุคคลอื่น และการได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ (Fleury ,1992:235; Bandura,1977:195-203.) ดังนั้น การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้ และคำแนะนำจากพยาบาล ได้เห็นการสาธิตการดูแลผู้ป่วย และได้รับการฝึกทักษะการดูแลจากพยาบาล

เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลนี้จะเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยการดูแลนี้อาจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดรู้สียากลำบากและต้องใช้เวลาในการดูแลมาก ทำให้เกิดการเรียนรู้ภาระการดูแลได้ (Oberst,1990) จากแนวคิดของแบนดูรา หากเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่ดีแล้ว ก็จะนำไปสู่ความพยายามในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยไม่รู้สียากว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นยากลำบาก และ ใช้เวลาในการดูแลไม่มาก ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าทั้ง การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้วิจัยคาดว่า หากผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) จากประชากรดังกล่าวข้างต้น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร (ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ และ $d = 1.5 \text{ SD}$

σ ประมาณค่ามาจากค่า SD ซึ่งค่า SD ได้มาจากการทดลองใช้เครื่องมือมีค่า = 7.84

$$\text{แทนค่า} \quad N = \frac{(1.96)^2 (7.84)^2 (7.84)^2}{(1.5 \times 7.84)^2} = 105 \text{ ราย}$$

แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมี 105 ราย

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณสมบัติดังนี้
 - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
 - มีความพิการเกิดขึ้น เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตทั้งตัว
 - มีความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น

2. เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
3. เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่ที่บ้าน โดยทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และให้เวลาการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Horowitz,1985:201)
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะต้องไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เนื่องจากระยะเวลา 1 เดือน นานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย และเพียงพอต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์ในการ ไม่นำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้าง และรับจ้างมาดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์ และวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่2: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพทางการเงิน ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย ระหว่างดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย และ ระยะเวลาในการดูแล

2. แบบวัดการรับรู้ภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale)

สร้างโดยโอเบิร์ต (Obest ,1990 อ้างถึงใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา ,2536:50 และ จริยา วิทชะสูตร,2539:83-85) เพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน สายพิน เกษมกิจวัฒนา แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาเฉพาะในส่วน ของความต้องการการดูแล หรือ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต

ประกอบด้วย ความต้องการการดูแล หรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแล ประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแล หรือความพยายามในการกระทำการดูแล ลักษณะของข้อคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล			
ระดับที่ 1	ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
ความยากลำบากในการดูแล			
ระดับที่ 1	ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนภาระการดูแลอยู่ในช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลน้อย คะแนนมาก แสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโอเบิร์ต (Oberst, 1990 อ้างใน จริยา วิทชะสูตร, 2539:83-84) ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อมูลที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 240 ราย นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลพบว่า มีองค์ประกอบตามที่ได้กำหนดไว้ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล การดูแลทั่วไป น้ำหนักรายข้อขององค์ประกอบ มีค่ามากกว่า 0.49 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ 0.56, 0.64 และ 0.50 ตามลำดับ ทั้ง 3 องค์ประกอบร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57 นอกจากนี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความยากลำบากในการดูแลมีค่าเท่ากับ 0.68, 0.59 และ 0.68 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของภาระการดูแลมีค่าเท่ากับ 0.70, 0.58 และ 0.63 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ

องค์ประกอบในแต่ละส่วน ทั้งปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง และเมื่อนำคะแนนจากทั้ง 2 ส่วนคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะเป็นภาระการดูแล ก็ยังมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง แสดงว่า การวัดภาระการดูแล ควรแยกวัดในแต่ละส่วนก่อน ไม่ควรวัดในลักษณะรวมพร้อมกัน เพราะการวัดหลายมิติรวมกันอาจไม่มีความตรงได้ การหาความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดทั้งหมด ในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีค่าเท่ากับ 0.88 การดูแลโดยตรงมีค่าเท่ากับ 0.78 การดูแลระหว่างบุคคลมีค่าเท่ากับ 0.71 และการดูแลโดยทั่วไปมีค่าเท่ากับ 0.83 สำหรับในส่วนของความยากลำบากในการดูแลมีค่าความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.91 การดูแลโดยตรงเท่ากับ 0.83 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.71 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ 0.81

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536:50-51) ได้แปลและนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการ 4 ท่าน แล้วนำไปใช้กับภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย เฉพาะในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ได้ค่าความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดทั้งหมด 0.77 การดูแลโดยตรง 0.69 การดูแลระหว่างบุคคล 0.67 หลังจากตัดข้อ 13 ออก(การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การทำพิธีกรรมทางศาสนา แสวงหาแหล่งการรักษาอื่นๆ) ได้ค่าความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในเพิ่มขึ้นเป็น 0.72 การดูแลทั่วไป 0.71 และหาค่าความตรงของแบบวัดชุดนี้โดยแบบทดสอบซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่า 0.68($p < .001$)

วิภาวรรณ ชุ่ม(2536:33-34) ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.86 และความยากลำบากในการดูแล 0.90

จริยา วิริยะสุร(2539:84-85) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง จำนวน 74 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดทั้งหมด 0.70 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.72 และความยากลำบากในการดูแล 0.78

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำแล้ว นำมาหาความเที่ยงของความสามารถคัดกรองภายในค่าประสิทธิ์อัลฟ่ากับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.79 และความยากลำบากในการดูแล 0.82 และเมื่อนำไปใช้ในการดูแลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.78 และ ความยากลำบากในการดูแล 0.82

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแล

ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินฉบับนี้จาก 1) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) ศึกษาจากเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ 3) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลของโอเร็ม โดยใช้แนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะของตนเองในทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977:78-80) เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวิจัยนี้ ซึ่งคำถามแต่ละข้อในแบบประเมินถามถึง ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) การให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) การให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คือ ไม่มั่นใจเลยได้ 1 คะแนน มั่นใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก คะแนนรวมน้อยแสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย

เมื่อสร้างแบบประเมินเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมในการให้คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขและปรับแบบประเมินตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงของความสัมพันธ์ภายใน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเครื่องมือกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการรับรู้สมรรถนะในการดูแล 0.91 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการรับรู้สมรรถนะในการดูแล 0.88

4. แบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลสำหรับครอบครัว ที่สร้างโดย จริยา วิริยะสุกร(2539) และ นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับคุณภาพการสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากบริการทางการแพทย์ โดยเครื่องมือชุดนี้ปรับปรุงมาจาก ข้อคำถามจากผลการศึกษาของคราฟท์และวิลลัดเซน (Craft & Willadsen, 1992) ซึ่งทำการศึกษาแนวคิดกิจกรรมการพยาบาลครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) ศึกษาว่ามีกิจกรรมใดบ้างที่พยาบาลต้องกระทำให้กับครอบครัว และ 2) ความตรงของเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมคืออะไร อาศัยกระบวนการวิจัยที่เรียกว่าเทคนิคเดลฟาย (Delphi method)

จากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลครอบครัวจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อยที่สำคัญ 15 ข้อ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในรอบแรกมีค่าเท่ากับ 0.755 – 0.898 รอบที่สองมีค่าเท่ากับ 0.805 – 0.883 และกิจกรรมย่อยที่สำคัญรองลงมา 12 ข้อ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในรอบแรกมีค่าเท่ากับ 0.653 – 0.821 และรอบที่สองมีค่าเท่ากับ 0.648 – 0.797 ซึ่งแสดงถึงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันค่อนข้างสูง ซึ่งจริยา วิหะสุกร ได้แปลข้อคำถามเป็นภาษาไทย พร้อมทั้งปรับจำนวนคำถามให้เหมาะสมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยถามถึงคุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่เขาเหล่านี้ได้รับตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งปัจจุบัน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้ชำนาญการซึ่งมีประสบการณ์ในการสอนหรือทำงานกับครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 5 ท่าน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยค่า 0 หมายถึง ไม่ได้รับบริการ , 1 หมายถึง ควรปรับปรุง , 2 หมายถึง ดีพอใช้ , 3 หมายถึง ดีปานกลาง , 4 หมายถึง ดีมาก มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ คะแนนของแบบวัดทั้งหมดอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการพยาบาลที่ตนเองได้รับมีคุณภาพน้อย คะแนนมากแสดงว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการพยาบาลที่ตนเองได้รับมีคุณภาพมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดลองนำแบบวัดของ จริยา วิหะสุกร ไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความยากลำบากในการตอบแบบสอบถามมาก ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบของแบบสอบถามให้ข้อความเข้าใจง่ายขึ้น เมื่อหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาท เพื่อขออนุญาตประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ ดึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาท
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากโรงพยาบาลรามาริบัติและสถาบันประสาทแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้างานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาท
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
4. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการสอบถามและสังเกตจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้
 - 6.1. ผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามถึงสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใ้เวลาตอบแบบสอบถามนานประมาณ 30 นาที ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างลืมตอบข้อใด ผู้วิจัยทำการซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบจนครบถ้วน
 - 6.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกในแบบสอบถามให้
7. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย เป็นระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 7.00น. ถึง 12.00น. ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอแพทย์ตรวจหน้าห้องตรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยนำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความยากลำบากในการดูแล ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ในแต่ละกิจกรรม เป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson Product Moment Correlation
4. วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของเส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของ การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยวิธีการถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis)
5. พิจารณาเส้นทางความสัมพันธ์ในแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแล ตามสมมติฐานของการวิจัย (Full Model) และผลที่ได้จากการศึกษา (Reduced Model)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย ด้วยวาจา (ภาคผนวก ก) โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต้องจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาล และการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 105 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 61.9 และ 38.1 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 64.71 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี อายุมากที่สุด 91 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 72.4 ลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอัมพาตซีกขวามากที่สุดร้อยละ 55.2 สามารถกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือร้อยละ 66.7 และมีถึงร้อยละ 32.4 ที่ไม่สามารถกระทำการกิจกรรมด้วยตนเองซึ่งต้องพึ่งพาทั้งหมด และมีความจำเป็นต้องพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์ร้อยละ 36.2 โดยต้องใส่สายให้อาหารร้อยละ 14.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 120 เดือน โดยเฉลี่ยนาน 22.56 เดือน ในด้านค่ารักษาพยาบาลนั้นสามารถเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมดร้อยละ 49.5 มีถึงร้อยละ 29.5 ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	61.9
หญิง	40	38.1
อายุ (M = 64.71 ปี , SD = 11.35, Min = 36 ปี , Max = 91 ปี)		
ต่ำกว่า 60 ปี	27	25.7
60 – 69 ปี	37	35.2
70 – 79 ปี	35	33.3
80 ปีขึ้นไป	6	5.7
สถานภาพสมรส		
โสด	1	1.0
คู่	76	72.4
ม้าย,หย่า,แยก	28	26.6
ลักษณะผู้ป่วย		
อัมพาตซีกซ้าย	34	32.4
อัมพาตซีกขวา	58	55.2
อัมพาตทั้งตัว	13	12.4
ความสามารถในการดูแลตนเอง		
สามารถกระทำการกิจกรรรมได้ด้วยตนเอง	1	1.0
สามารถกระทำการกิจกรรรมได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ	70	66.7
ไม่สามารถกระทำการกิจกรรรมได้ด้วยตนเอง	34	32.4
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (M= 22.56 เดือน , SD = 29.29 , Min = 1 เดือน , Max = 120 เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน	22	21.0
4 – 12 เดือน	43	41.0
13 – 24 เดือน	11	10.5
24 – 36 เดือน	7	6.7
มากกว่า 36 เดือนขึ้นไป	22	21.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105)
(ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์		
มี	38	36.2
-ใส่สายให้อาหาร	15	14.3
-ใช้เครื่องดูดเสมหะ	2	1.9
-ใส่สายสวนปัสสาวะ	7	6.7
-ใส่สายให้อาหาร + ใช้เครื่องดูดเสมหะ	8	7.6
-ใส่สายให้อาหาร + ใส่สายสวนปัสสาวะ	2	1.9
-ใส่สายให้อาหาร+ใช้เครื่องดูดเสมหะ+ใส่สายสวนปัสสาวะ	1	1.0
-ใส่ท่อเจาะคอ + ใส่สายให้อาหาร + ใช้เครื่องดูดเสมหะ	3	2.9
ไม่มี	67	63.8
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกได้หมด	52	49.5
เบิกได้บางส่วน	19	18.1
ผ่อนชำระกับสังคมสงเคราะห์	3	2.9
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด	31	29.5

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีจำนวนทั้งหมด 105 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 90.5 และ 9.5 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 39.79 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 16 ถึง 72 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 61.9 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 29.4 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีร้อยละ 26.7 มีอาชีพเป็นแม่บ้านร้อยละ 36.2 รองลงมามีอาชีพรับจ้างร้อยละ 32.4 มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 ถึง 10,000 บาท ร้อยละ 38.1 รองลงมารายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 36.2 สถานภาพทางการเงินพอมีพอใช้ร้อยละ 62.9 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 27.6 ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 19.67 เดือน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3-5 คนร้อยละ 64.8 และ ร้อยละ 67.6 ของผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการดูแลส่วนใหญ่เป็นพี่หรือน้องของผู้ดูแล รองลงมาคือญาติ (ร้อยละ 20 และร้อยละ 15.2 ตามลำดับ) ในด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลพบว่ามีความแข็งแรงดีร้อยละ 85.7 และพบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 31.4 มีโรคประจำตัว โดยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 9 ราย โรคภูมิแพ้ 9 ราย โรคเบาหวาน 4 ราย โรคไทรอยด์ 4 ราย โรคปวดหลัง 3 ราย และโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคโลหิตจาง ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยนั้นพบว่าผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 34.3 ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย 15 ราย ปวดเวียนศีรษะ เป็นลมหน้ามืด 10 ราย เป็นหวัดและไอ 8 ราย นอกจากต้องดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลถึงร้อยละ 49.5 ยังต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอีก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(N=105)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	9.5
หญิง	95	90.5
อายุ (M = 39.79 ปี, SD = 11.45 , Min=16ปี , Max = 72 ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	17	16.2
30 – 39 ปี	38	36.2
40 – 49 ปี	30	28.6
50 – 59 ปี	13	12.4
60 ปีขึ้นไป	7	6.7
สถานภาพสมรส		
โสด	34	32.4
คู่	65	61.9
ม้าย,หย่า,แยก	6	5.7
ศาสนา		
พุทธ	103	98.1
คริสต์	2	1.9
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	31	29.4
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	9	8.6
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	17	16.2
ระดับอาชีวศึกษา	19	18.1
ระดับปริญญาตรี	28	26.7
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	1	1.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(N=105)(ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	34	32.4
ค้าขาย	14	13.3
ข้าราชการ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19	18.1
แม่บ้าน	38	36.2
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	38	36.2
5,000 – 10,000 บาท	40	38.1
มากกว่า 10,000 บาท	27	25.7
สถานภาพการเงิน		
คล่องตัว	7	6.7
พอดี	66	62.9
ฝืดเคือง	35	30.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	29	27.6
บุตร	56	53.3
พี่น้อง	2	1.9
ญาติ	18	17.1
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (M = 19.67, SD = 27.27 , Min = 1 เดือน , Max = 120 เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน	24	22.9
4 – 12 เดือน	45	42.9
13 – 24 เดือน	13	12.4
25 – 36 เดือน	6	5.7
มากกว่า 36 เดือนขึ้นไป	17	16.2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(N=105)
(ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (M = 5.15 คน , SD = 1.92 , Min = 2 คน, Max = 15 คน)		
1 – 2 คน	2	1.9
3 – 5 คน	68	64.8
มากกว่า 5 คน	35	33.0
ผู้ช่วยในการดูแลของผู้ดูแล		
มี	69	67.6
- คู่สมรส	4	3.8
- บิดา,มารดา	7	6.7
- บุตร	13	12.4
- พี่น้อง	21	20.0
- ญาติ	16	15.2
- ลูกจ้าง	5	4.8
- คู่สมรสกับบุตร	2	1.9
- บิดามารดากับพี่น้อง	3	2.9
ไม่มี	34	32.4
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป		
เจ็บป่วยบ่อย	11	10.5
แข็งแรงดี	91	86.7
แข็งแรงดีมาก	3	2.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(N=105)(ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	33	31.4
- ความดันโลหิตสูง	5	4.8
- โรคภูมิแพ้	9	8.6
- โรคไทรอยด์	3	2.9
- โรคปวดหลัง	3	2.9
- ความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน	3	2.9
- ความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน+ โรคหัวใจ+โรคไทรอยด์	1	1.0
- โรคอื่นๆ	9	8.6
ไม่มี	72	68.6
ความเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย		
มี	36	34.3
- ปวด เวียนศีรษะ เป็นลมหน้ามืด	10	9.5
- ปวดเมื่อยตามร่างกาย ,ปวดหลัง	15	14.3
- เป็นหวัดและไอ	8	7.6
- อื่นๆ	3	2.9
ไม่มี	69	65.7
สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย		
มี	52	49.5
ไม่มี	53	50.5

ภาระการดูแล

เมื่อพิจารณาถึงคะแนนความยากลำบากในการดูแลเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแลที่มีความยากลำบากมาก 3 อันดับแรก คือ 1.การจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย($M = 3.00, SD = 1.27$) 2. การรับภาระค่ารักษาและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ($M = 2.88, SD = 1.34$) และ 3. การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น ($M = 2.84, SD = 1.35$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่มีความยากลำบากน้อย 3 อันดับ คือ 1. เรื่องการติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ($M = 2.08, SD = 0.93$) 2. การขอความช่วยเหลือจากญาติและผู้อื่น ($M = 2.27, SD = 1.08$) และ 3. การจัดการกับหน้าที่อื่นๆ ในครอบครัว ($M = 2.40, SD = 1.06$) ตามลำดับ หากพิจารณาโดยรวมพบว่าความยากลำบากในการดูแลมีค่าพิสัยระหว่าง 1.13 – 4.13 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 2.60 คะแนน($SD = 0.63$)

สำหรับคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากิจกรรมการดูแลที่มีคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมาก 3 อันดับ คือ 1. การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย ($M = 3.21, SD = 0.87$) 2.การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น ($M = 3.18, SD = 1.09$) และ 3. การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ($M = 3.14, SD = 1.18$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่มีคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ก็น้อย 3 อันดับ คือ 1. การขอความช่วยเหลือจากเครือญาติหรือจากผู้อื่น ($M = 2.27, SD = 0.97$) 2. การติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ($M = 2.43, SD = 0.94$) และ 3. การทำธุระนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น($M = 2.60, SD = 1.06$) ตามลำดับ โดยรวมพบว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีค่าพิสัยระหว่าง 1.27 – 4.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 2.83 คะแนน($SD = 0.50$)

เมื่อพิจารณาภาระการดูแลเป็นรายข้อ พบว่ากิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1.การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย ($M = 2.95, SD = 0.90$) 2. การจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย ($M = 2.95, SD = 1.14$) และ 3. การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น ($M = 2.94, SD = 1.12$) ตามลำดับ สำหรับกิจกรรมการดูแลที่มีคะแนนภาระการดูแลน้อย 3 อันดับคือ 1. การติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ($M = 2.20, SD = 0.84$) 2. การขอความช่วยเหลือจากญาติและผู้อื่น ($M = 2.21, SD = 0.89$) และ 3. การจัดการกับหน้าที่อื่นๆ ในครอบครัว($M = 2.46, SD = 0.93$)ตามลำดับ หากพิจารณาคะแนนภาระการดูแลโดยรวมพบว่าค่าพิสัยระหว่าง 1.65 – 4.16 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 2.65 คะแนน($SD = 0.52$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่านล้ลและค่าเบ้ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความยากลำบากและปรลมาณเวลาที่ใช้และ
การการดูแลในแต่ละก้การรรม จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1 – 5 คะแนน จ้านกเป็นรายข้อ
เร้ยงตามลำดับคะแนนล้ลยการการดูแลจากมากไปน้ย (N= 105)

ก้การรรมการดูแล	ความยากลำบาก		ปรลมาณเวลาที่ใช้		การการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. การจ้การเร้ยงการเด้นทาง	2.82	1.13	3.21	0.87	2.95	0.90
2. การจ้การก้การรรมต่างขงผู้ป่วย	3.00	1.27	2.97	1.13	2.95	1.14
3. การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.84	1.35	3.18	1.09	2.94	1.12
4. การพาผู้ป่วยออกไปนอกตัวบ้าน	2.81	1.26	2.94	0.98	2.80	0.99
5. การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ	2.65	1.29	3.14	1.18	2.80	1.08
6. การรับภาระการรักษาค่าใช้จ่าย	2.88	1.34	2.67	1.09	2.73	1.13
7. การเล้ยยย้ายผู้ป่วย	2.70	1.23	2.85	0.92	2.72	0.99
8. การจ้การก้การรรมพิเศษสำหรับผู้ป่วย	2.79	1.11	2.72	1.07	2.70	0.99
9. การดูแลก้การรรมประจำวัน	2.44	1.10	3.12	0.76	2.68	0.82
10.การให้กำลังใจปลอบโยนอยู่เป็นเพื่อน	2.51	1.21	3.00	1.03	2.63	0.86
11. การทำธุระนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.46	1.11	2.60	1.06	2.49	1.01
12. การดูแลเก้ยวกับการรักษาพยาบาล	2.40	1.09	2.68	1.00	2.49	0.94
13. การจ้การก้การรรมหน้าท้ที่อื่นๆในครอบครัว	2.40	1.06	2.61	0.96	2.46	0.93
14. การขอความช่วยเหลือจากญาติและผู้อื่น	2.27	1.08	2.27	0.97	2.21	0.89
15. การติดต่อกับแพทย์และพยาบาล	2.08	0.93	2.43	0.94	2.20	0.84
คะแนนรวม	2.60	0.63	2.83	0.50	2.65	0.52
Min	1.13		1.27		1.65	
Max	4.13		4.20		4.16	

การรับรู้สมรรถนะในการดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.61 – 4.94 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1 – 5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 3.96 คะแนน ($SD = 0.54$) แสดงว่าผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 2.63 – 4.67 คะแนน จากคะแนนรายข้อที่เป็นไปได้ 1 – 5 คะแนน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมาก 3 อันดับแรก คือ 1.การจัดยาและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง ($M = 4.67, SD = 0.50$) 2. การมารับยาแทนผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจ ($M = 4.59, SD = 0.64$) และ 3. การพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ($M = 4.47, SD = 0.73$) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย 3 อันดับ คือ 1. การดูแลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนา ($M = 2.63, SD = 1.22$) 2. การจัดให้ผู้ป่วยได้ออกนอกบ้านบ้างในบางโอกาส ($M = 3.16, SD = 1.20$) และ 3. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ($M = 3.33, SD = 1.14$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1-5 คะแนน จำนวนเป็นรายข้อเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย (N = 105)

กิจกรรมการดูแล	ระดับความมั่นใจ	
	M	SD
1. การจัดหาและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง	4.67	0.50
2. การมารับยาแทนผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจ	4.59	0.64
3. การพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง	4.47	0.73
4. การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย	4.40	0.70
5. การช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า	4.36	0.81
6. การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ	4.31	0.78
7. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล	4.24	0.78
8. การดูแลเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	4.12	0.84
9. การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ	4.11	0.83
10. การขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ได้	3.98	1.03
11. การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ	3.97	0.82
12. การจัดให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว	3.92	1.12
13. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย	3.82	1.09
14. การบริหารแขนขาตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด	3.73	1.03
15. การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก	3.53	1.05
16. การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด	3.33	1.14
17. การจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกนอกบ้านบ้างในบางโอกาส	3.16	1.20
18. การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนา	2.63	1.22
คะแนนรวม	3.96	0.54
Min	2.61	
Max	4.94	

การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ถึงคุณภาพของกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมอยู่ระหว่าง 0.62 – 4.00 คะแนน จากคะแนนโดยรวมที่เป็นไปได้ 0 - 4 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 2.62 คะแนน (SD = 0.80) แสดงว่าผู้ดูแลประเมินคุณภาพกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 1.99 – 3.08 คะแนน จากคะแนนรายข้อที่เป็นไปได้ 0 – 4 คะแนน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมาก 3 อันดับแรก คือ 1. สอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นก่อนกลับบ้าน (M= 3.08, SD = 1.01) 2. การให้ความช่วยเหลือในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล (M= 3.06, SD = 0.89) และ 3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (M= 3.06, SD = 0.91) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย 3 อันดับ คือ 1. การแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆแก่ผู้ดูแลเพื่อขอความช่วยเหลือ (M= 1.99, SD = 1.39) 2. การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (M = 2.07, SD = 1.35) และ 3. จัดหาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (M = 3.08, SD = 1.01) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ดูแล จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 4 คะแนน จำแนกเป็นรายชื่อเรียงจากคะแนนเฉลี่ยมากไปน้อย (N= 105)

กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้	คุณภาพของบริการ	
	M	SD
1. สอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นก่อนกลับบ้าน	3.08	1.01
2. ให้ความช่วยเหลือในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล	3.06	0.89
3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	3.06	0.91
4. การสนับสนุนให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล	3.03	0.89
5. จัดโอกาสให้ได้พบและพูดคุยกับแพทย์เพื่อสอบถามอาการและแผนการรักษาผู้ป่วย	2.95	0.93
6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	2.77	1.04
7. การแสดงท่าทีเข้าใจและยอมรับฟังความรู้สึกเมื่อผู้ดูแลเครียดและกังวล	2.71	1.06
8. บอกเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่างๆของผู้ป่วยที่ควรรับนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด	2.64	1.10
9. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย	2.32	1.23
10. ให้ความสะดวกเมื่อผู้ดูแลต้องการปรึกษาด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล	2.24	1.39
11. จัดหาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	2.08	1.30
12. ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	2.07	1.35
13. แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆแก่ผู้ดูแลเพื่อขอความช่วยเหลือ	1.99	1.39
คะแนนรวม	2.62	0.80
Min	0.62	
Max	4.00	

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแล ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.266, p = 0.006$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่สูง จะรู้ดีกว่ามีภาระการดูแลน้อย สำหรับการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.035, p = 0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 6

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของเส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแล โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาระการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 7 ซึ่งแสดงว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 7 ($R^2 = 0.071$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.861, p < 0.001$) และ อธิบายเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับภาระการดูแลได้อย่างมีความหมาย และมีนัยสำคัญ ($\beta(P_{32}) = -0.338, p < 0.001$) ดังนั้น จึงสนับสนุนความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับภาระการดูแล

ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล พบว่าไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับภาระการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 7 แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ในการทำนายอิทธิพลกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล พบว่า การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะในการดูแลได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.169$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.89, p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8 และ อธิบายเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ การรับรู้สมรรถนะในการดูแล ได้อย่างมีความหมาย ($\beta(P_{21}) = 0.411, p < 0.001$) และเมื่อพิจารณาจากตารางที่ 10 จะพบว่าการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จะมีอิทธิพลทางอ้อมกับภาระการดูแลโดยผ่านทางการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ($\beta = -0.11$)

โดยสรุป จะพบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงกับภาระการดูแล ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลมีอิทธิพลทางอ้อมกับภาระการดูแล โดยผ่านทางการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ดังแสดงในรูปที่ 3

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การ
ได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (N = 105)

ตัวแปร	ภาระการดูแล	การรับรู้สมรรถนะในการดูแล
1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย	-0.266 (p = 0.006)	
2. การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาล	0.035 (p = 0.72)	0.411 (p < 0.001)

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของการรับ
รู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการ
ดูแล โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis)

ตัวแปร	R ²	F	b	β	t
การรับรู้สมรรถนะในการดูแล	0.071	7.861	-0.322	-0.338	-3.272*
การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาล	0.096	5.422	0.113	0.174	1.686

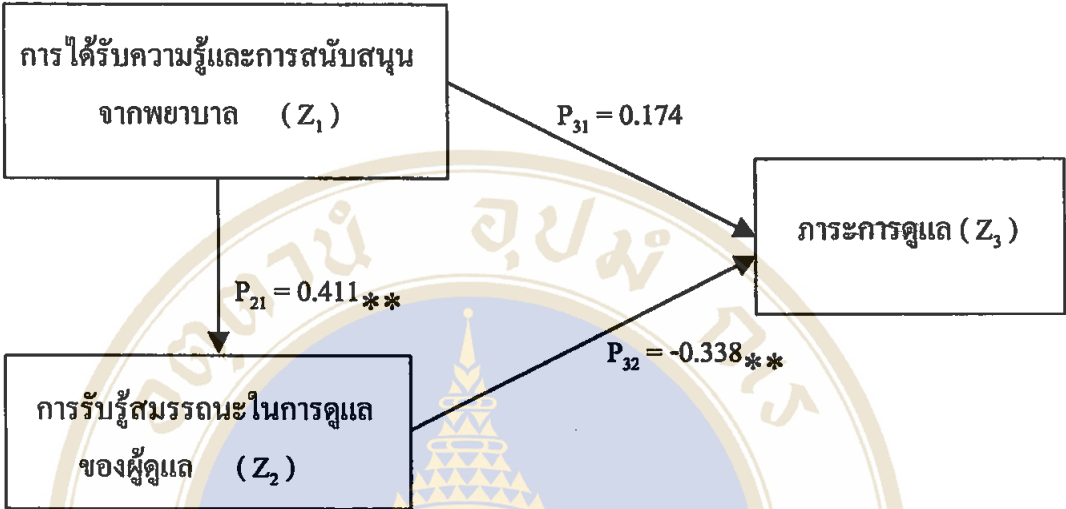
*p < 0.001

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อทำนายอิทธิพลของ การ
ได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล โดยวิธี
วิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย (Simple regression analysis)

ตัวแปร	R ²	F	b	β	t
การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาล	0.169	20.895	0.279	0.411	4.571*

*p < 0.001

ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาระการดูแล



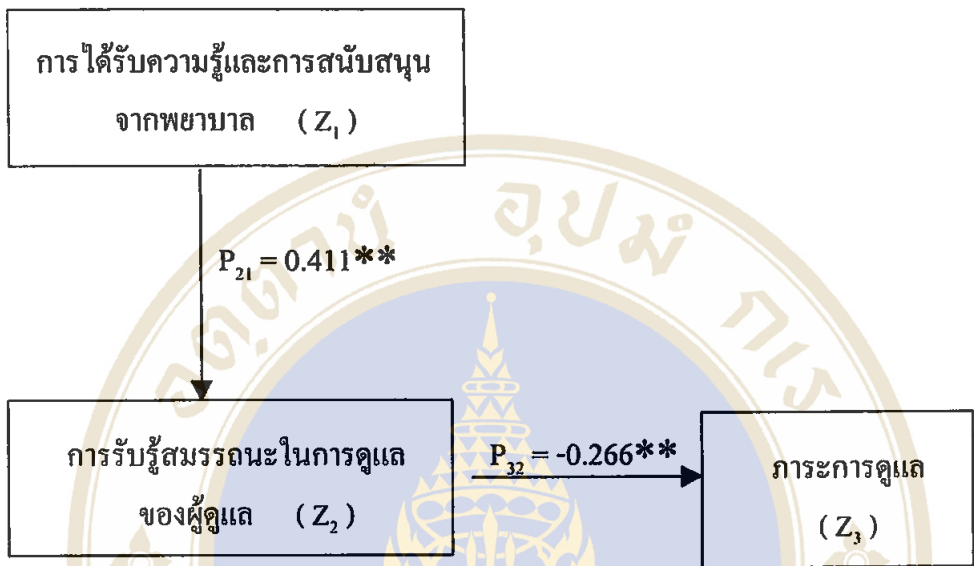
รูปที่ 2 แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลตามสมมติฐานของการวิจัย (Full Model)

$^{**} p < 0.001$

ตารางที่ 9 การจำแนกความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล (Full Model)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	อิทธิพลต่อภาระการดูแล			
	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม	लग
1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับ ภาระการดูแล	-0.338	-	-0.338	0.071
2. การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาลกับภาระการดูแล	0.174	-0.139	0.035	-

ผลการศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรกับภาวะการดูแล



รูปที่ 3 แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลที่ได้จากการศึกษา (Reduced Model)

ตารางที่ 10 การจำแนกความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาวะการดูแล (Reduced Model)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	อิทธิพลต่อภาวะการดูแล			
	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม	लग
1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับ ภาวะการดูแล	-0.266	-	-0.266	-
2. การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาลกับภาวะการดูแล	-	-0.109	-0.109	-

บทที่ 5

อภิปราย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ดูแลจำนวน 105 รายที่รับผิดชอบและเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามารัตนบุรี เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 7 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2544 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.9 มีอายุเฉลี่ย 64.71 ปี ลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีก คือ ซีกขวาร้อยละ 55.2 และซีกซ้ายร้อยละ 32.4 ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยร้อยละ 66.7 สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ และร้อยละ 32.4 ไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม(Orem,1991) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และภาวะสุขภาพของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและยาวนาน มีผลทำให้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ศักยภาพในการดูแลตนเองมีอยู่จำกัด จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจจะอยู่เป็นระยะเวลานาน ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป เช่นการให้อาหาร การรักษาสุขอนามัย รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลผู้รับผิดชอบให้การดูแล ซึ่งก็คือญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้นั่นเอง

ลักษณะผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 16-72 ปี เฉลี่ย 39.79 ปี เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงถึง 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ เช่น สมนึก สกูลหงส์โสภณ(2540) สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ(2539)เป็นต้น ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแสดงว่า บทบาทการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สากลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้ และผู้ดูแลที่เป็นหญิงส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวังด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เป็ภรรยาของผู้ป่วยมักยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลไว้ที่ตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจเนื่องจากความคาดหวังทางเพศ หน้าที่ของคู่สมรส ความรักและความผูกพัน ความสงสารและเห็นใจ รวมทั้งคำชมเชยและการเป็นที่ยอมรับของสังคมในการดำรงบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ที่เป็นลูกสาวหรือลูกสะใภ้ของผู้ป่วยมักยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลตามหน้าที่ ตามความจำเป็นและลักษณะสัมพันธ์ภาพที่มีกับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ คู่สมรส ซึ่งแสดงว่าบุตรผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ดูแลตามบทบาทหน้าที่ที่พึงมีต่อบิดามารดา ดังเช่นการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งล้วนแต่เป็นบทบาทความรับผิดชอบของเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจาก พื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม ที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยาและบุตร นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะด้านหน้าที่การงานเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงภาระหน้าที่ประจำวัน ที่มีผลต่อการจัดแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยและการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานที่มีเวลาทำงานแน่นอน ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน รองลงมาคือมีอาชีพรับจ้าง มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท การเงินพอมีพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ พินชมภู(2540) ที่พบว่า ในครอบครัวผู้ป่วยที่มีสมาชิกหลายคน ผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่ทำงานอยู่กับบ้านมากกว่าผู้ที่ทำงานประจำนอกบ้าน จึงไม่มีผลกระทบต่อยาได้ของครอบครัวหรือรายได้ลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย เพราะรายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกคนอื่นๆของครอบครัว จึงทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าคนอื่นๆที่สุขภาพไม่แข็งแรง ดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่แข็งแรงดี ร้อยละ 86.7 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6 แต่เนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลยาวนาน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 19.67 เดือน ซึ่งเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยไปนานๆก็จะพบว่าผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย รองลงมาคือ ปวดเวียนศีรษะ เป็นลมหน้ามืด อันเป็นผลมาจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของ

กล้ามเนื้อซีกใดซีกหนึ่ง ทำให้ลูกเดินกระทำการกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองไม่ได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องช่วยยกตัวหรือช่วยพยุงหรือช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และการดูแลที่ยาวนานก็ทำให้เกิดความอ่อนล้า อันมีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะและเป็นลมหน้ามืดได้

โดยสรุปเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว และความเจ็บป่วยนั้นทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่นนั้น บุคคลที่จะเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลก็คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนั่นเอง

ภาระการดูแล

ผลการศึกษาภาระการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนไปทางน้อย ($M=2.65, SD=0.52$) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1 - 5 คะแนน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษาคครั้งนี้ ส่วนใหญ่สามารถกระทำการกิจกรรมต่างๆได้บ้าง โดยมีผู้คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเหล่านั้นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 63.8 ของผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายให้อาหาร อีกทั้งผู้ดูแลได้เข้ารับบทบาทการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 19.67 เดือน ซึ่งนานพอที่จะมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และจากที่ผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลถึงร้อยละ 67.6 นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95 และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบุตรร้อยละ 53.3 ซึ่งเป็นบุคคลที่สังคมคาดหวังให้เป็นผู้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ มองว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณหรือทำเพื่อคนที่ตนรัก สิ่งเหล่านี้อาจช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมนั้นเป็นภาระไม่มาก

เมื่อพิจารณาความยากลำบากและปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลนั้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแล ($M=2.83, SD=0.50$ และ $M=2.60, SD=0.63$ ตามลำดับ) ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย (วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536; รสสิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; จริยา วิฑะสุกร, 2539; เพียงใจ ดิรไพรวงศ์, 2540; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อดูแลไประยะเวลาหนึ่ง ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ จนเกิดความชำนาญและเคยชินจนไม่รู้สึกรู้ว่ามีความยากลำบากในการดูแล แต่เนื่องจากการดูแลที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งต้องกระทำสม่ำเสมอ ไม่ยากแต่ต้องใช้เวลาในการดูแลมาก ซึ่งบางครั้งต้องใช้เวลารักษาตลอดทั้งวัน เช่น การ

อาบน้ำ การให้อาหาร การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีคะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ใช้มากกว่าความยากลำบากในการดูแล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (ร้อยละ 53.3) และ คู่สมรส (ร้อยละ 27.6) ซึ่งมักคุ้นเคยกับการทำงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมาก่อน จึงพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

เมื่อพิจารณาคะแนนภาระการดูแลเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุดคือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย ($M=2.95, SD=0.90$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) และ ชูชื่น จีวพูนผล (2541) เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีอาการอัมพาตครึ่งซีก จากการศึกษาที่มีอัมพาตซีกขวาร้อยละ 55.2 ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจึงเป็นไปอย่างยากลำบาก โดยเฉพาะในรายที่เดินไม่ได้เลยต้องนั่งรถเข็นตลอด และบ้านอยู่ในพื้นที่ที่รถเข้าไปไม่ถึง การที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหรือพาผู้ป่วยเดินทางไปอื่นนั้น ต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อีกทั้งการคมนาคมไม่สะดวก ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายมากในการเดินทาง ดังนั้น การเดินทางออกจากบ้านแต่ละครั้งจึงมีความยากลำบากมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าภาระการพาผู้ป่วยเดินทางนั้นเป็นภาระมากที่สุด

กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเป็นภาระมารองจากการเดินทาง คือ การจัดการกับอารมณ์ต่างๆของผู้ป่วย ($M=2.95, SD=1.14$) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของสมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกพฤติกรรมทางจิต ดังเช่นการศึกษาของวิลกินสันและคนอื่นๆ (Wilkinson, et al., 1997) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 23 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 19 และการศึกษาของแอนเดอร์สันและคนอื่นๆ (Anderson, et al., 1995) ก็พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านสุขภาพจิตคือ มีอาการเริ่มของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 41 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 ภาวะกลัวร้อยละ 32 อาการเริ่มของภาวะกลัวร้อยละ 20 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 7 จากการพูดคุยกับผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยบางรายเจ้าอารมณ์มาก หงุดหงิดง่าย และเอาใจยากมาก บางรายอารมณ์อ่อนไหวง่าย พุดกระซิบจิตใจไม่ได้ จะร้องไห้ บางรายก็ปฏิเสธอาหารและยา ผู้ดูแลต้องใช้เวลา ความอดทน และความพยายามในการจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกรับว่าเป็นภาระมาก

สำหรับกิจกรรมการดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยที่สุด คือ การติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ($M=2.20, SD=0.84$) ทั้งนี้อาจเป็นจากการใช้ระบบการนัดและการมาตรวจตามนัด ทำให้เอื้ออำนวยให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับแพทย์และพยาบาลได้ง่าย และการที่ผู้ป่วยรักษามาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลและแพทย์พยาบาลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ไม่ต้องใช้

เวลาและความพยายามในการติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ดังนั้นจึงมีผลให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้อีกเป็นภาระในการดูแลในเรื่องนี้น้อยกว่ากิจกรรมอื่น ซึ่งต่างกับการศึกษาของเพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ที่พบว่า การติดต่อกับแพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการทำงานอื่นเพิ่มขึ้นจากที่เคยทำมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยที่สุด

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมเฉลี่ย 3.96 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับที่สูง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.61 – 4.94 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 1 - 5 คะแนน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เคยได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาลจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้เห็นวิธีการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งการที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน เหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่ค่อนข้างสูง

เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลเป็นรายข้อพบว่า การจัดยาและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะมากที่สุด ($M=4.67, SD=0.50$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอยู่ มียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ ผู้ดูแลทราบถึงความสำคัญของการมีต่อผู้ป่วย และอาจเคยมีประสบการณ์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติภายหลังจากที่ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา แล้วผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล อีกทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งเป็นกิจกรรมที่กระทำได้ง่ายไม่ยุ่งยาก จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลในรายข้อนี้สูง กิจกรรมที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสูงรองลงมา 2 อันดับ คือ การมารับยาแทนผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจได้ และการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง หากพิจารณากิจกรรม 2 ข้อนี้จะพบว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่แพทย์จะรักษาโดยให้ยาผู้ป่วยไปรับประทานที่บ้าน และนัดมาพบแพทย์นานๆ ครั้ง เช่น ทุก 1 เดือนในระยะแรก และอาจจะเป็นทุก 3 หรือ 6 เดือนในระยะต่อมา ซึ่งในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดได้ การมารับยาแทนผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ง่าย เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและถูกต้องตามแผนการรักษา ดังนั้น คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการมารับยาแทนผู้ป่วย จึงมีคะแนนมากกว่าการพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง สำหรับกิจกรรมอื่นๆ นั้นมีคะแนนการรับรู้

สมรรถนะในการดูแลรายชื้อโดยเฉลี่ยมากกว่า 3.00 คะแนน นั้นแสดงว่าผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ด้วยดี

สำหรับกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ 1. การดูแลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนา 2. การจัดให้ผู้ป่วยได้ออกนอกบ้านบ้างในบางโอกาส และ 3. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เหตุที่เป็นเช่นนี้ อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว บางรายต้องนั่งรถเข็น ทำให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการที่จะไปปรากฏตัวต่อสาธารณชน ดังนั้น จึงทำให้มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนา การจัดให้ผู้ป่วยได้ออกนอกบ้านบ้างในบางโอกาสน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ ส่วนกิจกรรมการฝึกให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเอง นั้น ตามแนวคิดทฤษฎีของเบนดรา การที่ผู้ดูแลจะฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้นั้น จะต้องมีความสามารถในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองก่อน โดยการสอนของพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า บทบาทของพยาบาลเองไม่ได้ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล และไม่ได้ฝึกให้ผู้ดูแลเข้ามาดูแลในส่วนนี้ กิจกรรมนี้ผู้ดูแลจึงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลน้อย

การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

สำหรับกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีคุณภาพมาก 3 อันดับแรก คือ 1. การสอนและสาธิตวิธีการดูแล 2. การให้ความช่วยเหลือในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย และ 3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะพยาบาลและผู้ดูแล ต่างมองเห็นความสำคัญเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยเป็นหลัก จึงมีคะแนนในส่วนนี้มาก สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนน้อย 3 อันดับ คือ 1. การจัดหาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 2. การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย และ 3. การแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้ดูแลเพื่อขอความช่วยเหลือ แสดงว่าบทบาทของพยาบาลมุ่งไปที่ผู้ดูแลน้อย อาจเป็นได้ว่าพยาบาลมุ่งไปที่การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลอาจจะต้องปรับบทบาทใหม่ ให้มองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะได้วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในส่วนของกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีคุณภาพน้อยนั้น พยาบาลควรจัดหาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่ว่าหลังจากที่ได้รับคำแนะนำแล้ว กลับไปบ้านผู้ดูแลก็ยังสามารถพัฒนาความสามารถได้จากเอกสารข้อมูลที่ได้รับไป

ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มในการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแล

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.266$, $p < 0.006$) และเมื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของเส้นทางความสัมพันธ์ โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ก็พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.861$, $p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าถ้าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมาก ก็จะทำให้ประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุยรุชูและคณะ (Kuei-Ru Chou, et al., 1999) ที่ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) ในไต้หวัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยได้ โดยมีความสัมพันธ์กันในทางลบ ($r = -0.73$, $p < 0.01$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของแบนดูรา (Bandura, 1977) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ต้องผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อน ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนแนวคิดนี้ โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย นั่นคือการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่ดี ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยก็จะกระทำได้ไม่ยาก และไม่ใช้เวลานาน ซึ่งก็ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลน้อยลง

ในส่วนของการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลนั้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.035$, $p = 0.72$) แต่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .411$, $p < 0.001$) และเมื่อนำไปวิเคราะห์สัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ในการทำนายอิทธิพลกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล พบว่า การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายการ

รับรู้สมรรถนะในการดูแลได้ร้อยละ 17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.89, p < 0.001$) ถึงแม้การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จะไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับภาระการดูแล แต่จะมีอิทธิพลในทางอ้อมกับภาระการดูแล โดยผ่านทางการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา วิทยะศุภกร(2539)ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และพบว่าคุณภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับภาระการดูแล แต่พิจารณาอิทธิพลโดยอ้อมผ่านทางแหล่งประโยชน์ครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแล นั้นแสดงว่า การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลให้มากขึ้น และเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่มากขึ้น ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง ซึ่งยังไม่ปรากฏว่ามีรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้มาก่อนจากรายงานการวิจัยเชิงทดลองของอภิรดี พลอดในเมือง (2542) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า หลังเข้าโครงการการสนับสนุนและให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นแสดงว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่สูงขึ้นได้ โดยจะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดด้านความตรงภายใน(Internal validity)

1. การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างรอตรวจ พบว่ามีผู้ดูแลบางรายเป็นผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยไม่มีญาติคนอื่นมาด้วย จึงจำเป็นต้องนั่งตอบแบบสอบถามที่หน้าห้องตรวจ อาจทำให้ผู้ดูแลขาดความตั้งใจ หรือขาดสมาธิในการตอบแบบสอบถามได้
2. ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ มีผู้ดูแลจำนวน 10 ราย ที่ให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ตอบ ในบางรายที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องอยู่กับผู้ป่วยเนื่องจากไม่มีญาติคนอื่นมาด้วย และมีปัญหาเรื่องสายตา ทำให้ผู้ดูแลต้องตอบคำถามต่อหน้าผู้ป่วย จึงอาจทำให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามไปในทิศทางที่คิดว่าดีหรือเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้

ข้อจำกัดด้านความตรงภายนอก(External validity)

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาท และโรงพยาบาลรามารชิบดีเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงประชากรกลุ่มอื่นๆ
2. การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิง ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุ เนื่องจากเป็น Cross-sectional design ไม่ใช่ Experimental design



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2544 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 105 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระในการดูแล สร้างโดยโอเบิร์ต และนำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะของตนเองในทฤษฎีของแบนดูรา ส่วนที่ 4 แบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล โดยนำแบบวัดการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการดูแลสำหรับครอบครัวที่สร้างโดย จริยา วิทยะศุกร และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสอบถามทุกชุด ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟา ดังนี้ แบบวัดภาระการดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความยากลำบากในการดูแล 0.82 และปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.79 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการรับรู้สมรรถนะในการดูแล 0.91 และ แบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.94 ในการวัดกับกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความยากลำบากในการดูแล 0.82 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 0.78 การรับรู้สมรรถนะในการดูแล 0.88 และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล 0.91

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางน้อย ($M = 2.65, SD = 0.52$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมากกว่าความยากลำบากในการดูแล ($M = 2.83, SD = 0.50$ และ $M = 2.60, SD = 0.63$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลมากที่สุดคือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย รองลงมาคือ การจัดการกับอารมณ์ต่างๆของผู้ป่วย และกิจกรรมเรื่องการติดต่อกับแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระน้อยที่สุด สำหรับคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ($M=3.96, SD=0.54$) โดยกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะสูง 3 อันดับแรก คือ การจัดหาและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง การมารับยาแทนผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจ และการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะน้อย 3 อันดับคือ การฝึกให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด การจัดให้ผู้ป่วยได้ออกนอกบ้านบ้างในบางโอกาส และการดูแลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนา ตามลำดับ ในส่วนของการรับรู้ถึงคุณภาพของกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.62, SD = 0.80$) ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีคุณภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การสอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นก่อนกลับบ้าน การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ กิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีคุณภาพน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ การจัดหาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย และการแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้ดูแลเพื่อขอความช่วยเหลือ ตามลำดับ

จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.266, p = 0.006$) แต่การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r=0.035, p = 0.72$) และเมื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของเส้นทางความสัมพันธ์โดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาระการดูแล และสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.861, p < 0.001$) และอธิบายเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลได้อย่างมีความหมายและมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.338, p < 0.001$) สำหรับการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.411, p < 0.001$) และเมื่อ

วิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์กับการดูแลพบว่า การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลมีอิทธิพลโดยทางอ้อมกับการดูแล โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะในการดูแล($\beta = -0.109$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นสูง ว่าตนเองสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะมีผลทำให้รับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระที่น้อยลง และกระบวนการที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นสูง ได้ก็คือ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานบริการในท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลในเรื่องการเดินทางของผู้ป่วยในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ได้
2. ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฝึกให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองต่อไปเมื่อกลับไปบ้าน
3. ควรจัดทำเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการขอความช่วยเหลือ เช่น เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อขอรถพยาบาล , โรงพยาบาลต่างๆ , หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล (แผนกส่งเสริมและป้องกันโรค(เพื่อขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย) , แผนกผู้ป่วยนอก(เพื่อขอเลื่อนนัด) , แผนกโภชนาการ (เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร) , แผนกฉุกเฉิน(เมื่อมีกรณีฉุกเฉิน) เป็นต้น) , สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อที่ว่าหลังจากที่ได้รับคำแนะนำแล้ว กลับไปบ้านผู้ดูแลก็ยัง สามารถ พัฒนาความสามารถได้จากเอกสารข้อมูลที่ได้รับ และสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ต่อไป
4. โรงพยาบาลอาจจะต้องปรับบทบาทใหม่ จากเดิมที่มองผู้ป่วยเป็นหลัก ให้มองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป
5. ควรมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแล และ ประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน

แผนการพยาบาลที่เหมาะสมในการที่จะเสริมสร้างให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลให้น้อยลงได้

6. ควรจัดให้ระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แผนกเยี่ยมบ้านและเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลมากขึ้นทำให้รับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลลดน้อยลง ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
7. ควรจัดให้มีกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยจัดให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสานผลการดูแลผู้ป่วย ประเด็นปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ต่างๆ คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองดีขึ้น
8. ควรจัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น 1 สัปดาห์แรก และทุกๆ 1 เดือน จนเมื่อผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ซึ่งก็อยู่ที่การพิจารณาของพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นควรมีการติดตามเยี่ยมอีกทุกๆ 6 เดือน หรือปีละครั้ง เป็นการติดตามประเมินว่าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะและภาระในการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลน้อยลง ก็จัดให้กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่ดีขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรอื่น ที่มีลักษณะแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผลการศึกษานำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ดูแลที่จ้างลูกจ้างมาดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาว่ากลุ่มผู้ดูแลกลุ่มนี้มีการรับรู้ภาระการดูแลแตกต่างไปอย่างไร
3. ควรมีการศึกษาว่า ลักษณะของอัมพาตแต่ละชนิด เช่น อัมพาตซีกขวา อัมพาตซีกซ้าย และอัมพาตทั้งตัว ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลแตกต่างกันอย่างไร

4. ควรมีการศึกษาในระยะยาว โดยติดตามผู้ดูแลในกลุ่มเดียวกัน โดยแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี และ มากกว่า 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ทราบว่าในแต่ละช่วงเวลา ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแล และการรับรู้สมรรถนะในการดูแล เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาล ในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลมากขึ้นในแต่ละระยะ ซึ่งจะมีผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแล
6. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้การพยาบาล เพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป
7. ควรมีการศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจะได้เข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย และ นำมาวางแผนในการจัดกิจกรรมให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- กิตติ ล้อมอกิชาติ. (2534). ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา วิทชะสุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินนรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). หลอดเลือดสมองปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ (บรรณาธิการ) โรคหลอดเลือดสมองการวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่2, หน้า 51-61). ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัญท์ออฟเซ็ท.
- ชนิตา มณีวรรณ, เมธิ์ สุตจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ย์ และวรรณ นิลนักรา. (2535). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. กรุงเทพฯ: แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลี เข้มวงศ์. (2538) . ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีทางพยาบาลของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นงนุช บุญยัง. (2536). ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ พินชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลรักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). Epidemiology of stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 11-37). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นฤต ตะบูนพงศ์, ช่อลัดดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยานันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(4), 1-13.
- ณัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาทิ. (2539). ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์วรรณ วังเกตรา. (2541). ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (หน้า 133-164). กรุงเทพฯ: วิศิษฐ์สิน.
- ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจในครอบครัวของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ดิระไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2537) หลักสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 282-284). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. รามารับดีพยาบาลสาร, 2(1), 84-94.

- ยุวราณี สุขวิญญาณ์. (2537). ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อ การป้องกันแผลกดทับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รสลิน เอี่ยมอิงพานิช. (2539). ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). แนวคิดหลักทางการพยาบาลครอบครัว. นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบัน พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่า พยาบาลศิริราชครั้งที่ 9 “ครอบครัวไทยในยุคโลกาภิวัตน์ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล” 23-25 พฤศจิกายน 2537, 14-31.
- วิภาวรรณ ชุ่ม.(2536). ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่ง พยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก สกุดหงส์โสภณ. (2540). ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อ การลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตรสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วย เรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย10อันดับแรก ในสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ.2543. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร. สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- _____. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของสมองปัจจุบัน. ใน สมจิต หนู เจริญกุล(บรรณาธิการ) การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 4. (พิมพ์ครั้งที่11, หน้า 39-65). กรุงเทพฯ: วิศิษฐ์สิน.



อภริณี ปลอดในเมือง. (2542) . ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรจักร โตษยานนท์. (2534). Stroke Rehabilitation. ใน นิพนธ์ พงวรินทร์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 591-647). กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์.

Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-base assessment of the impact and burden of caregiver for long-term stroke survivors. Stroke, 26(5), 843-849.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84 (2), 131-215.

_____. (1977). Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall.

_____. (1986). Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory. New Jersey : Prentice Hall.

Barker, W. H. & Mullooly, J. P. (1997). Stroke in a defined elderly population, 1967-1985: A less lethal and disabling but not less common disease. Stroke, 28 (2), 284-290.

Barer, B. & Johnson, C. (1990). A critique of caregiving literature. The Gerontologist, 30(1), 26-28.

Blieszner, R. & Macini, J.A. (1987). Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities. Family Relation, 36(2), 176-180.

Bonita , R., & Beaglehole, R. (1995). Monitoring stroke : An international challenge. Stroke, 26 (4), 541-542.

Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. Western Journal of Nursing, 12 (6), 758-776.

Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy. Oncologic Nursing Forum, 18 (8), 1341-1347.

Craft, M. J. & Willadsen, J. A. (1992). Interventions Related to Family. Nursing Clinics of North America, 27 (2), 517-540.

Demeneses, M.R. & Perry, G.R. (1993). The plight of caregivers. Home Healthcare Nurse, 11 (4), 10-14.

- Dwyer, J. W., Lee, G. R., & Jankowski, T. B. (1994). Reciprocity, elderly satisfaction, and caregiver stress and burden: the exchange of aid in the family caregiving relationships. Journal of Marriage and the Family, 56 (2), 35-43.
- Fedewa, M. M. & Oberst, M. T. (1996). Family caregiving in a pediatric renal transplant population. Pediatric Nursing, 22 (5), 402-407.
- Fleury, S. D. (1992). The application of motivational theory cardiovascular risk reduction. Image, 24 (3), 229-239.
- Given, B. A. & Given, C. W. (1991). Family caregiving for the elderly. Annual Review of Nursing Research, 9, 77-101.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. Nurse Practitioner, 13 (3), 19-29.
- Haley, W.E., Brown, S.L., & Levine, E.G. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. The Gerontologist, 27(4), 376-382.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer(Ed.), Annual Review of Gerontology & Geriatrics, (Vol.5,pp. 194-246). New York:Springer Publishing Co.
- Hoyert, D. L. & Seltzer, M. M. (1992). Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. Family Relations, 41 (1),74-81.
- Lazarus, R. & Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer Publishing Company. 1984.
- Lugger, K. E. (1994). Dysphagia in the elderly stroke patient. Journal of Neuroscience Nursing, 16 (2), 78-84.
- Jaillard, A. S., Hommel, M., & Mazetti, P. (1995). Prevalence of stroke at high altitude in Cuzco. a Town of Peru. Stroke, 26 (4), 562-568.
- Klien, S. (1989). Caregiver burden and moral development. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 21 (2), 94-97.
- Kuei-Ru , C., Lynda ,L.L. & Joseph, T.H. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. Nursing Research,48(4),207-214.
- Miller, J. F. (1983). Coping with chronic illness. Philadelphia: Davis Company.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J. G.& Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. Family Relations, 34 (1), 19-26.

- Oberst, M. T. (1990). Caregiving burden scale. Madison: University of Wisconsin.
- Oberst, M.T., Hughes, S.H., Chang, A.S., McCubbin, M.A.(1991). Self-Care Burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. Cancer Nursing, 14(2), 71-78.
- Oberst, M. t., Thomas, S.E., Gass, K. A.& Ward, S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12 (4), 209-215.
- Orem, D. (1985). Nursing Concepts of Practice. New York : McGraw-Hill Book Co.
- _____. (1991). Nursing Concepts of Practice. St.Louis : Mosby Year Book.
- _____. (1995). Nursing : Concepts of Practice. St.Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D. & Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing in P. Winstead-Fry (Ed.). Case Studies in Nursing Theory. National League for Nursing. 37-71.
- Phillips, L. R., et al. (1995). Effects of the situational context and interactional process on the quality of family caregiving. Research in Nursing and Health, 18, 205-216.
- Pohl, J. M., Boyd, C., Liang, J., & Given, C. W. (1995). Analysis of the impact of mother-daughter relationships on the commitment to caregiving. Nursing Research, 44(2), 68-75.
- Poulsogock, S. W. & Deimling, G.T. (1984). Families Caring for Elders in Residence : Issues in the Measurement of Burden. Journal of Gerontology, 39 (2), 230-239.
- Printz-Feddersen, V. (1990). Group process effect on caregiver burden. Journal of Neuroscience Nursing, 22 (3), 164-168.
- Robinson, K.L. (1990). Predictors of burden among wife caregiver. Scholarly Inquiry Nursing Practice: An International Journal, 4(3), 189-208.
- Shahar, E., et al. (1995). Improved survival of stroke patients during the 1980S The Minnesota Stroke Survey. Stroke, 26 (1), 1-6.
- Sheegan, N. W. & Nuttall, P. (1988). Conflict, emotion and personal strain among family caregivers. Family Relation, 37 ,92-98.
- Thomson, J.S.H., & Doll, W. (1982). The Burden of families coping with mentally ill: as invisible crisis. Family Relations, 31, 379-388.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members. Family Relations, 44 (10), 402-411.

- Wallhagen. M. I. (1992). Caregiving demands: their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 6 (2), 111-133.
- Wilkinson, P.R., et al. (1997). A long- term follow-up of stroke patients. Stroke, 28(3),507-512.
- Zarit, H. S., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relative of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden. The Gerontologist, 20 (6),649-655.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉันชื่อ ปิยรัตน์ ดวงสิน เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงใคร่ขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ถ้าหากคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอขอบคุณช่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแล และแบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิจัยครั้งนี้ อาจจะไม่ให้ประโยชน์สำหรับท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการบริการทางการแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านหรือการดูแลผู้ป่วยแต่อย่างใด และหากท่านสมัครเข้าร่วมวิจัยไปแล้วเกิดเปลี่ยนใจในภายหลัง ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นข้อมูลของผู้ดูแลโดยรวม

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ปิยรัตน์ ดวงสิน

.....
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน หรือ ผม ได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัยดังที่ได้อธิบายไว้ข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ...ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมข้อ

ความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () ม่าย () หย่า () แยก
4. ลักษณะผู้ป่วย () อัมพาตซีกเดียว ระบุ.....
() อัมพาตทั้งตัว
5. ความสามารถในการดูแลตนเอง
() สามารถกระทำการกิจกรรรมได้ด้วยตนเอง
() สามารถกระทำการกิจกรรรมได้ โดยมีผู้ช่วยเหลือ
() ไม่สามารถกระทำการกิจกรรรมได้ด้วยตนเอง
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
7. การพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ใส่สายให้อาหาร เป็นต้น
() มี ระบุ.....
() ไม่มี
8. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
() เบิกได้หมด () เบิกได้บางส่วน
() ผ่อนชำระกับสังคมสงเคราะห์
() รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด โดย.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
 () ม้าย () หย่า () แยก
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม
5. ระดับการศึกษา () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
 () ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย () ระดับอาชีวศึกษา
 () ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. อาชีพ
 () รับจ้าง ระบุ.....
 () ค้าขาย ระบุ.....
 () รับราชการ ระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน
 () ต่ำกว่า 5,000 บาท
 () 5,000 – 10,000 บาท
 () มากกว่า 10,000 บาท
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 () สามี หรือ ภรรยา
 () บุตร
 () พี่น้อง
 () อื่นๆ ระบุ.....
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ระบุ.....
10. สถานภาพทางการเงิน
 () คล่องตัว
 () ผืดเคือง
 () พอดี

11. ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

- () เจ็บป่วยบ่อย
() แข็งแรงดี
() ดีมาก

12. โรคประจำตัว ระบุ.....

13. อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย

- () มี ระบุ.....
() ไม่มี

14. ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย

- () มี ระบุ.....
() ไม่มี

15. สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย

- () มี ระบุ.....
() ไม่มี

16. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ภาคผนวก ค

แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล

CODE.....

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นกิจกรรมหรืองานที่ท่านต้องรับผิดชอบ ซึ่งท่านอาจกระทำด้วยตนเอง หรือมอบหมายให้ผู้อื่นช่วยเหลือ หรือขอให้ผู้อื่นกระทำแทนท่านในบางช่วงเวลา โปรดตอบคำถามใน 2 ประเด็น โดยวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อ ตามประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 คือ ความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมมีมากน้อยเพียงใด มีระดับตั้งแต่ 1 = ไม่ยากเลย จนกระทั่งถึง 5 = ยากลำบากมากที่สุด

ประเด็นที่ 2 คือ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำการกิจกรรมมีมากน้อยเพียงใด มีระดับตั้งแต่ 1 = ไม่ใช้เลย จนกระทั่งถึง 5 = ใช้เวลามากที่สุด

กิจกรรมการดูแล	ความยากลำบาก					ปริมาณเวลาที่ใช้				
	ไม่ ยาก เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่ ใช้ เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การฉีดยา, การทำแผล , การให้อาหารทางสายยาง, การดูดเสมหะ , การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
•	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
•	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. การจัดกิจกรรมพิเศษสำหรับผู้ป่วยกับคนในครอบครัว	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ภาคผนวก ง

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล

คำชี้แจง : แบบประเมินฉบับนี้ สอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจของท่าน ในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่าน ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีระดับความมั่นใจ 5 ระดับ คือ 1 = ไม่มั่นใจเลย , 2 = มั่นใจน้อย , 3 = มั่นใจปานกลาง , 4 = มั่นใจมาก และ 5 = มั่นใจมากที่สุด

กิจกรรมการดูแล	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก	5	4	3	2	1
2. ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำได้ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล	5	4	3	2	1
•	5	4	3	2	1
•					
18. ท่านสามารถขอคำปรึกษา หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ (เช่น แพทย์ , พยาบาล เป็นต้น) เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1

ภาคผนวก จ

แบบวัดการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

คำชี้แจง :

- 1. ข้อความต่อไปนี้ เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เจ้าหน้าที่พยาบาลได้จัดให้กับผู้ดูแล ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
- 2. ขอให้ท่านอ่านแต่ละข้อความ และประเมินคุณภาพของบริการที่ท่านได้รับจากพยาบาลในแต่ละกิจกรรม โดยทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

กิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุน	คุณภาพของบริการ				ไม่ได้รับบริการ
	ดีมาก	ปานกลาง	พอใช้	ควรปรับปรุง	
1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ท่าน เช่น การรับประทานอาหาร, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, การทำแผล เป็นต้น	4	3	2	1	
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแก่ท่าน	4	3	2	1	
•	4	3	2	1	
•					
13. ให้คำแนะนำแก่ท่านในการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	4	3	2	1	

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) ,ค.ม. (บริหารการพยาบาล) , D.S.N.

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

จริยา วิริยะสุทร

วท.บ. (พยาบาล) ,วท.ม. (พยาบาล) , พย.ด.

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาววาริณี คัชมาตย์

วท.บ. (พยาบาล) , พย.ม. (พยาบาล)

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวปิยรัตน์ ดวงสิน
วัน เดือน ปีเกิด	14 พฤษภาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดพังงา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2534 – 2538 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2538 – ปัจจุบัน : พยาบาลระดับ 5 แผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลรามาธิบดี

EXECUTIVE SUMMARY

Abstract

A patient with stroke has self care deficits ,so the caregiver has to take the responsibility as a self-care agency.The purpose of this descriptive study was to study the relationships among caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden in caregivers of patients with stroke.

Orem's nursing theory was used as the conceptual basis of this study. The purposive sample group consisted of 105 family members with the primary responsibilities of caring for patients and taking the patients for physical check ups at out -patient departments at Prasart Hospital and Ramathibodi Hospital, between May and November, 2001.The instruments for data collection consisted of demographic characteristics of patients and caregivers, the Oberst's (1990) Caregiving Burden Scale , Caregiving Self Efficacy Scale, and knowledge and support receiving from nurses scale.

Results show that the subjects had perceived caregiving burden at a moderate level. Activity perceived as the heaviest burden was the arrangement of patient's traveling, and managing patient's emotions. Caregivers had caregiving self efficacy at a high level, and had scores for the quality of perception concerning knowledge and support given by nurses at a moderate level. When relationships were analyzed by using Pearson's correlation coefficient ,it was found that caregiving self efficacy of the caregivers was negatively related to perceived caregiving burden, with statistical significance ($r=-0.266$, $p<.006$) while receiving knowledge and support from nurses was not significantly related to perceived caregiving burden .05 ($r=0.035$, $p=0.72$). When path analysis was performed , it was found that caregiving efficacy directly affected perceived caregiving burden while knowledge and support receiving from nurses indirectly affected perceived caregiving burden, through caregiving self efficacy ($\beta=-0.11$). Receiving knowledge and support from nurses directly affected caregiving self efficacy ($\beta=0.411$, $p<.001$). Findings suggest that nurses should arrange

suitable activities to promote caregiving self efficacy in caregivers. Knowledge and support given by nurse will in turn reduce perceived caregiving burden in caregivers.

INTRODUCTION

Stroke is a chronic disease most frequently found in central nerve disease patients causing patients to be hospitalized. And it is an important cause of disability in the aged. After stroke patients are treated and recovered from critical condition, disabilities remains, resulting from pathological condition and complications. Hence patients' ability is reduced and they have limitation in self caring. They have to depend on others, especially family members, who are important beneficial sources, after the patients are released from hospital.

Assuming the role of caregiver is to respond to dependents care requisites in the aspects of universal dependent- care requisites, developmental dependent care requisites and health-deviation dependent-care deficits. This is a new role in addition to original roles, and hence the caregiver's way of life is affected. If the caregiver responds positively to caregiving role, his will become happy and satisfied with life. But if the caregiver responds negatively to caregiving role, resulting from having additional roles in various aspects without support, his way of life will be changed. He will feel isolated from the society, he needs to act out many roles concurrently in limited time, or cannot act out his roles suitably according to his own and other's expectation. He will then become accumulatively pressured in all aspects especially in socio-psychological aspect, physical health, economic aspect, including family system. Role stress will result, he feels tire and perceives that the role is caregiving burden.

Perception that patient caregiving is a burden affects well being of caregiver and family. Past studies found that several factors affect perceived caregiving burden in caregivers. In this study the researcher is interested in studying factors concerning caregiving self efficacy and receiving knowledge and support from nurses, by their finding relationships with perceived caregiving burden in caregivers of stroke patients. Study result will be used as guideline for nursing planning for caregivers and their families, to reduce perceived caregiving burden.

Related concepts, theories and literature

Dependent-care agency is the complex, acquired ability of mature or maturing persons to know and meet some or all of the self-care requisites of adult persons who have health-derived or health-associated limitations of self-care agency, which places them in socially dependent relationships for care.(Orem,1995:242). With respect to the patient with stroke, dependent-care agency is the complex acquired ability to incorporate knowing and meeting health-deviation self-care requisites of the patient and needed adjustments in universal and developmental self-care requisites into ongoing system of the patient with stroke.

Changing health condition and uncertainty caused by illness, which is not predictable, results in increase in need for caregiving. Necessary selfcaring and necessary activities to respond to need for selfcaring is a planed and ordered activity. Efficient activity will have structure, human duties, resulting in development and happiness in patients and caregivers (Prakong Intarasombat, 1994). Therefore caregivers must learn to integrate patient caregiving activities and insert the role of caregiving into a part of life. If caregiving plan cannot adapt caregiving activities to be suitable for the length of time spent in activities, the caregiver will perceive caregiving burden (Orem, 1995:208).

Oberst (1990), explained caregiving burden as perception of quantity of time spent in caregiving and hardship in caregiving. And caregiving activities for caregivers are direct patient caregiving such as treatment, daily routine caregiving, and assisting patients in activities, caregiving between individuals such as giving patients emotional support, guarding against dangers, managing patients' behavioral problems, and communications between individuals, and general activities such as moving patients, managing expenses, increased house work, traveling, and activity planning. When considered in detail it was found that this agrees with assessment of all needs of patients according to Orem's concept which explains that when assessing or calculating all needs of a patient, consideration should be given to both time quantity required and hardship in caregiving.

For a caregiver to conduct a patient caregiving activity successfully, there needs to be motivation for patient care giving. Orem (1985) stated that motivation is 1 in 10 power of ability in

self caring, which connects between perception and action in an individual, in order to maintain life, health and welfare of an individual. An individual is motivated when result of his behavior is positive, but he will avoid action which will result in negative result. Bandura (1977) stated that self efficacy is an important internal motivation stimulating an individual to perform an activity. It is an individual's believe concerning own efficacy that one should act out necessary behaviors to control events or situations which can influence one's own welfare.

Self efficacy makes an individual determent and active to conduct behaviors successfully. And if result is the same as what he wants or what he expects, it will become reinforcement for the individual to have more self efficacy, and he becomes less afraid when faced with the same situation. Self efficacy is based on 4 methods of information receiving (Bandura, 1977) 1. Becoming successful by his own ability 2. Having experienced or seen example from others 3. Persuaded by words and 4. Emotionally stimulated.

From the above mentioned Bandura's self efficacy concept, self efficacy is a connection between knowledge and action. And similarly, for caregiver of a stroke patient to be able to care for the patient, the caregiver must have perception of caregiving self efficacy. For him to have perception of caregiving self efficacy. The amount of instruction needed for caregiver to develop dependent-care agency requisite for situations where they will function varies with their life experiences, their knowledge, and their developed skills that can be adjusted to the care situation. One factor promoting all of these ability is the knowledge and support receiving from nurses. Research work conducted by Apiradee Plotnaimuang (1999) found that after receiving knowledge and support from nurses, the sample group's perception of caregiving self efficacy was much improved. Hence caregivers could conduct patient caregiving activities without feeling the hardship, and time spent in caring became shorter. This made caregiver feel that the perceived caregiving burden was reduced.

Research questions

Are caregiving self efficacy and receiving knowledge and support from nurses related to perceived caregiving burden in stroke patients? And if so, how are they related?

Research purpose

To study the relationships among caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden in caregivers of stroke patients.

Research hypothesis

1. Caregiving self efficacy is negatively related to perceived caregiving burden in caregivers of stroke patients.
2. Receiving knowledge and support from nurses is negatively related to perceived caregiving burden in caregivers of stroke patients.
3. Receiving knowledge and support from nurses is positively related to caregiving self efficacy in caregiver of stroke patients.

Methodology

The sample group used in the study are 105 caregivers for stroke patients who took the patients for treatment in out patient department in Ramathibordi Hospital and Prasart Hospital. Criterial for caregiver selection are:-

1. The caregiver is caring for stroke patients at home. The patient has the following characteristics:-
 - The patient is diagnosed by doctors as a stroke patient
 - There is disability such as hemi-paresis and paresis
 - The patient needs to be cared for by others
2. A family member that function as the principle and direct caregiver. And time spent in caregiving is consistent and continuous (Horowitz, 1985:201).
3. The length of time spent in patient caregiving at home must not be less than 1 month.
4. Can understand Thai, has good perception and is willing to give cooperation in this study.

Researching tools

1. Demographic characteristics for patient and caregiver

2. The caregiving burden scale

This is developed by Oberst (1990) and translated and modified to be suitable for Thais and the Thai environment by Saipin Kasemkitwattana. The caregiving burden scale consists of caregiving needs or time quantity spent in caregiving, and hardship in caregiving. There are 15 questions divided into 3 components as direct caregiving activities, interpersonal caregiving and general caregiving. Each question requires answers in 2 characteristics which are needs for caregiving, assessed from the time quantity spent in care giving activities, and hardship in caregiving, assessed from complexity of caregiving or efforts in caregiving. Answers for the questions have characteristics of 5 scales, meaning that 1 score means time/hardship required for the caregiving is in the lowest level, and 5 scores means time/hardship required for the caregiving is in the highest level.

Score calculation for the caregiving burden scale is done by multiplying time quantity score with hardship score for caregiving, after which root 2 of the answer is calculated for caregiving burden scale, which is between 15-75 scores

The scale passed content validity checking by 2 nurse educator and 1 nurse who takes care of patients with chronic diseases. When used with sample groups consisting of 20 and 105 samples, Alpha coefficients of reliability obtained for time quantity spent and hardship in caregiving are 0.79/0.78 and 0.82/0.82 respectively.

3. Care giving self efficacy scale

This scale is designed by the researcher by using knowledge obtained from related literature concerning stroke, tools for measuring self efficacy in other groups of patients, and Orem's theory of inefficient self caring. And Bandura's concept of self efficacy is also used as guideline for the

research tool designing. The questions inquire self confidence in caregivers related to their ability in caregiving for stroke patients, in order to respond to all 3 aspects of the needs for caregiving in patients, which are general necessary patient caregiving activities, necessary patient caregiving activities during developmental periods, and necessary patient caregiving activities when health problems arise. There are 18 questions and score giving 5 rating scale, when 1 score means not at all confident, to 5 scores which means most confident.

The scale passed content validity checking by 2 nurse lecturers and 1 nurse who takes care of patients with chronic diseases. When used with sample groups consisting of 20 and 105 samples, Alpha coefficients of reliability obtained for caregiving self efficacy are 0.91 and 0.88 respectively.

4. Knowledge and support receiving from nurses scale

The researcher designed this scale from support and knowledge concerning caregiving for families scale designed by Chariya Wittayasup, and adapted to be suitable for caregivers for stroke patients. The scale assesses perception of caregivers concerning the quality of support and knowledge received from nursing services. There are 13 questions and answers are in 5 rating scale which are 0 means that no service is received, 1 means the service received should be improved, and 4 means the service received is very good.

The scale passed content validity checking by 2 nurse lecturers and 1 nurse who takes care of patients with chronic diseases. When used with sample groups consisting of 20 and 105 samples, Alpha coefficients of reliability obtained for support and knowledge received from nurses are 0.94 and 0.91 respectively.

Data collection method

Sample group was selected included according to set criteria. The sample group was asked for question answering cooperation, and their right was to be protected. After agreement, the sample group accomplished demographic characteristic questions, perceived caregiving burden scale,

caregiving self efficacy scale, and knowledge and support received from nurses scale respectively. Time allowed for question answering was 30 minutes. Data collection was done in out patient department, in Ramathibordi Hospital and Prasart Hospital. Time taken for data collection was 7 months, which was between May to November, 2001.

Data analysis

1. Descriptive analysis was done by frequency, percentage, mean and standard deviation.
2. Relationship was analyzed by using analytical statistics Pearson Product Moment Correlation.
3. Path coefficient analysis was conducted by using Hierarchical regression analysis.
4. Study the path model of perceived caregiving burden according to the research hypothesis (Full Model) and the study result (Reduced Model).
5. Direct and indirect influences were classified for each studied variable.

Research result

1. Demographic characteristics of patient

There are 105 patients with stroke under study, and there are more male than females (61.9 percent and 38.1 percent respectively), the youngest is 36 and the oldest is 91 years old ($M=64.71$, $SD=11.35$). Majority of patients (72.4%) are married, most of the patients have right paresis (55.2 percent), 66.7 percent can conduct activities with assistance. As high as 32.4 percent cannot conduct their own activities and are totally dependent, and 36.2 percent need to depend on medical devices, 14.3 percent of which have to use feeding tube. Lengths of illness are between 1 month to 120 months ($M=22.56$, $SD=29.29$). Concerning medical expense, 49.5 percent can reimburse all treatment fee, and 29.5 percent are responsible for own treatment expense.

2. Demographic characteristics of caregivers

The sample group consists of 105 caregivers, and there are more females than males (90.5 percent and 9.5 percent respectively). Age is between 16 to 72 years old ($M=39.79$, $SD=11.45$). Most are married (61.9 percent) and Buddhists (98.1 percent). For educational level, 29.4 percent finished primary education, next is bachelor's degree (26.7 percent). Most are housewives (36.2 percent), next are employees (32.4 percent), average monthly income is 5,000 to 10,000 baht (38.1 percent). Most of caregivers are related to patients as being sons or daughters (53.3 percent), next are spouses (27.6 percent). Average length of time spent in patient caregiving is 19.67 months, 67.6 percent of the caregivers have assistants, most of which are sisters or brothers of the caregivers, next are relatives (20 percent and 15.2 percent respectively). Concerning health of the caregivers, it was found that 85.7 percent are healthy and 31.4 percent have personal disease. During the time spent in caregiving, it was found that 34.3 percent became ill. Apart from caring for the patients, 49.5 percent of caregivers also have to care for other family members.

3. Perceived caregiving burden

When overall perceived caregiving burden was considered, it was found that caregivers have perceived caregiving burden in lower bound of the medium ($M=2.65$, $SD=0.52$). Scores for perceived caregiving burden are 1.65-4.16 from 5 full score. The first 3 caring activities perceived by caregivers as the heaviest caregiving burdens are organizing traveling for patient ($M=2.95$, $SD=0.90$), managing patient's emotions ($M=2.95$, $SD=1.14$) and having additional housework ($M=2.94$, $SD=1.12$ respectively). The 3 activities perceived as the lightest caregiving burdens are contacting doctors and nurses ($M=2.20$, $SD=0.84$), asking for help from relatives or others ($M=2.21$, $SD=0.89$) and managing other duties in the family ($M=2.46$, $SD=0.93$ respectively). Caregiving activity perceived by caregivers as most difficult is managing patient's emotions ($M=3.00$, $SD=1.27$) and activity requiring the most caregiving time is organizing traveling for patient ($M=3.21$, $SD=0.87$).

4. Caregiving self efficacy

Concerning caregiving self efficacy it was found that caregivers have scores for overall caregiving self efficacy between 2.61-4.94 from possible scores of 1-5 ($M=3.96$, $SD=0.54$). This indicates that caregivers have rather good scores for caregiving self efficacy. When score for each question was considered, the first 3 questions with the highest mean score are giving medication and arranging for patient to receive medication according to doctor's order ($M=4.67$, $SD=0.50$), coming for medication when patient cannot be brought in for check up ($M=4.59$, $SD=0.64$) and taking the patient for every appointed check up ($M=4.47$, $SD=0.73$ respectively). The 3 caregiving activities with the lowest caregiving self efficacy scores are arranging for patient to have the opportunity to conduct religious activities ($M=2.63$, $SD=1.22$), arranging for patients to leave the house in some occasions ($M=3.16$, $SD=1.20$) and training the patient to be as self dependent as possible ($M=3.33$, $SD=1.14$ respectively).

5. Receiving knowledge and support from nurses

For receiving knowledge and support from nurses it was found that the caregivers have scores for overall perception of quality of knowledge and support giving activities from nurses between 0.62-4.00, from overall possible scores of 0-4 ($M=2.62$, $SD=0.80$). This indicates that the caregivers assessed the overall quality of knowledge and support giving activities to be in medium level. When each question was considered it was found that the 3 questions with the highest mean scores are teaching and demonstrating necessary methods of patient caregiving before going home ($M=3.08$, $SD=1.01$), assistance giving while the caregiver is caring for patient in the hospital ($M=3.06$, $SD=0.89$) and giving advice concerning patient caregiving ($M=3.06$, $SD=0.91$ respectively). The 3 knowledge and support giving form nurses with the lowest mean scores are advising beneficial sources for caregivers to ask for help ($M=1.99$, $SD=1.39$), giving advice to caregivers concerning relaxation from stress caused by patient caregiving ($M=2.07$, $SD=1.35$) and supplying documents and information related to patient caregiving ($M=2.08$, $SD=1.30$) respectively.

6. Relationships among caregiving self efficacy, knowledge and support receiving from nurses and perceived caregiving burden

Result of analysis to find relationships among caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses, and perceived caregiving burden, by using Pearson Product Moment Correlation found that caregiving self efficacy is negatively related to perceived caregiving burden with statistical significance ($r=-0.266$, $p=0.006$). That is a caregiver who has high level of caregiving self efficacy has low level of perceived caregiving burden. While receiving knowledge and support from nurses is not significance related to perceived caregiving burden at .05 ($r=0.035$, $p=0.72$).

When analyzed the path, to predict influence of caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses, and perceived care giving burden, by hierarchical regression analysis, it was found that caregiving self efficacy directly and negatively influence perceived caregiving burden. While receiving knowledge and support from nurses does not directly influence perceived caregiving burden. This indicates that caregiving self efficacy can accounted for 7 percent of perceived caregiving burden with statistical significance ($F=7.861$, $p<0.001$), and the path coefficient of caregiving self efficacy on perceived caregiving burden have statistically significance ($\beta(P_{32})=-0.338$, $p<0.001$). Therefore, it also supports the relationship between caregiving self efficacy and perceived caregiving burden.

For receiving knowledge and support from nurses, even though it does not directly influence perceived caregiving burden, but when analyzed the path coefficient , it was found that receiving knowledge and support from nurses can account for 16 percent of caregiving self efficacy, with statistical significance ($\beta(P_{21})=0.411$, $p<0.001$). Moreover, it was also found that receiving knowledge and support from nurses indirectly affects perceived caregiving burden, through caregiving self efficacy ($\beta=-0.11$).

It may be summarized that caregiving self efficacy directly influences to perceived caregiving burden. While receiving knowledge and support from nurses indirectly influences perceived caregiving burden, through caregiving self efficacy.

Discussion

According to the research result of the study on perceived caregiving burden found that mean score of perceived caregiving burden is rather low. This is because most of the patients studied can still do some activities themselves, with someone assisting them (66.7 percent). And 63.8 percent of the patients do not depend on medical devices. Most of the caregivers are also females (95 percent) and are related to the patient as daughters (53.3 percent). This group of caregivers is the group expected by the society to take up the caregiver role, hence they take care of the patients willingly and they perceive that caregiving is paying back their loved ones. Furthermore, taking care of patients for a long time ($M=19.67$) makes them skillful and experienced in patient caregiving. These factors help caregivers to perceive that overall patient caregiving is not such a heavy burden.

When hardship and time quantity spent in caregiving were considered it was found that mean score for time quantity spent in caregiving is higher than mean score for hardship in caregiving ($M=2.83$, $SD=0.50$ and $M=2.60$, $SD=0.63$). This may be because after caregivers for stroke patients took care of the patients for a length of time, they became experienced in caregiving and developed the ability in patient caregiving, until they are skillful and familiar to the task, hence they feel that the caregiving is not difficult. But most of the activities conducted by caregivers for the patients are daily routine activities, therefore they need to be done regularly. The activities are not hard but they need a long length of time, and sometimes a whole day is needed. Therefore, caregivers have higher mean score for time quantity spent than mean score for hardship in caregiving.

When score for each question of perceived caregiving burden was considered it was found that the activity perceived by caregivers as the heaviest caregiving burden is arranging for patient's traveling ($M=2.95$, $SD=0.90$). This is because most of stroke patients have hemi-paresis. And study result found that 55.2 percent have right hemi-paresis, hence their movements are restricted, and patients can be moved with difficulty. When caregivers have to take the patients to see their doctors on appointments, or when patients have to travel to other places, other individuals are needed for assistance. And communication is also inconvenient and a lot of time and expense are needed, hence caregivers feel that taking patients for traveling is the heaviest burden.

Activity considered by the sample group as the next heaviest burden is managing patient's emotions ($M=2.95$, $SD=1.14$). Most of stroke patients have emotional problems such as pathology of the brain, environment, surrounding individuals, and mental mechanisms. From talking with caregivers it was found that some of the patients have chronically bad temper, they are irritable and hard to please. Some are emotionally sensitive, if some words affect their feeling they will cry. Some refuse to eat or take medicine. Caregivers need to spend time and effort to try to manage these emotions in the patients. Hence the caregivers feel that it is a heavy burden.

Concerning caregiving self efficacy it was found that the sample group have score for overall caregiving self efficacy in rather high level. This may be because the studied caregiver sample group have been prepared for patient caregiving by nurses while they were still in hospitals. They saw methods of patient caregiving and had experience of patient care giving while they were in hospitals until they can care for the patients. And because caregivers spent a long time in patient caregiving, it results in the caregivers having caregiving self efficacy in rather high level. Activities in which caregivers have high score for caregiving self efficacy are activities concerning treatment by doctors. And most stroke patients are treated by receiving medicine and come for doctors' appointments once in a while. This may be because the caregivers are aware of the importance of treatment by doctors, and the caregiving activity can be carried out easily, and not complex, hence caregivers have high scores for this aspect. The 2 activities with the lowest caregiving self efficacy scores are arranging for patients to go out on some occasions, and arranging for patients to have the opportunity to conduct religious rites. The reason may be because patients can move with limitation, some have to use wheelchairs, hence moving patients become difficult. And because the patients have different physical appearance from before the stroke, caregivers and the patients may be less confident in appearing in public. Therefore caregiving self efficacy score in this question is less than scores for other activities.

For receiving knowledge and support from nurses, it was found that the sample group have score for overall perceived quality of knowledge and support giving activities from nurses in medium level. The first 3 knowledge and support giving activities from nurses assessed by the caregivers to have high quality are teaching and demonstrating caregiving methods, giving assistance while

caregivers are caring for patients and giving advice concerning caregiving for patients. The 3 activities with the lowest scores are identifying beneficial sources for caregivers to ask for help, giving advice to caregivers concerning relaxing from the stress caused by patient caregiving and supplying documents and information concerning patient caregiving. This may be because nurses are seriously aware of the importance of responding to needs of patients, they then give knowledge and support to caregivers in the topics mostly related to patient caregiving, and nurses pay little attention to caregivers. The caregivers may also have incorrect self caring methods and they also need help from nurses. Therefore, nurses may need to adapt their roles by arranging activities to respond to both patients and caregivers, in order to maintain good health and welfare for patients and their families.

Result of relationship finding by using Pearson product moment correlation reveals that caregiving self efficacy is negatively related to perceived caregiving burden with statistical significance ($r=-0.266$, $p<0.006$). And when analysis was conducted to find path coefficient by using Hierarchical regression analysis, it was found that caregiving self efficacy can account for 7 percent of perceived caregiving burden with statistical significance ($F=7.861$, $p<0.001$). This supports the hypothesis 1, and indicates that if the caregiver has caregiving self efficacy in high level, he will perceive less caregiving burden. Which agrees with the study conducted by Kuei-Ru Chou, et al., 1999. It may be explained that caregiving self efficacy in caregivers for stroke patients is confidence in the caregivers in their own caregiving ability for patients, to respond to the needs for patient caregiving, according to Bandura's (1977) self efficacy theory. For an individual to have selfcaring behaviors, he must first pass through his own self efficacy process. Past research works support this concept, that is when an individual has good self efficacy he will also have good selfcaring behaviors. That is when stroke patient caregivers have good caregiving self efficacy, their patient caregiving behaviors will also be good. Therefore, when caregivers are confident that they can care for the patients, activities conducted for the patients will become less difficult and do not require long length of time. Hence perceived caregiving burden is less.

Concerning knowledge and support receiving from nurses, it was found that it is positively related to caregiving self efficacy in patient caregivers, with statistical significance ($r=0.411$, $p<0.001$). And when it was analyzed to find path coefficient on caregiving self efficacy, it was found



that knowledge and support receiving from nurses can account for 16 percent of caregiving self efficacy, with statistical significance ($F=20.89$, $p<0.001$). Even though knowledge and support receiving from nurses does not directly influence perceived caregiving burden, it has indirect influence over perceived caregiving burden through caregiving self efficacy. Which indicates that receiving knowledge and support from nurses promotes the caregivers to have more caregiving self efficacy. Which agrees with the study by Apiradee Plotnaimuang (1999). And when caregivers have more caregiving self efficacy they will be able to care for patients without feeling that it is hardship, and they feel that time spent in caregiving is not too long, hence perceived caregiving burden becomes less.

Suggestions and application

The research result indicates that receiving knowledge and support from nurses can influence caregiving self efficacy in caregivers, and when caregivers have good caregiving self efficacy, perceived caregiving burden will be reduced. The research result can be used as guideline for improving nursing model, to make it more suitable for caregivers. To promote the caregivers to have better caregiving self efficacy, and to reduce perceived caregiving burden. And the nurses themselves must adapt their roles by taking care of both patients, caregivers and family. In order that the patients, caregivers and their families are healthy and have good quality of life.