

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

Factors Related to Dependent Care Ability of Caregivers in Stroke Patients

ประกอบพร ทิมทอง**พ.ม.

Pragobporn Timtong, M.N.S.

ภาวนา กীরติยุตวงศ์***ปร.ด.

Pawana Keeratiyutawong, Ph.D.

รัชนี สรรเสริญ****พ.ด.

Ruchanee Sulasurn, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย

ความเข้มแข็งในการมองโลกและความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p < .01$; $r = 0.18, p < .05$; $r = 0.20, p < .05$ ตามลำดับ) ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.32$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น พยาบาลควรนำปัจจัยพื้นฐานบางประการมาเป็นข้อมูลและใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลความสามารถในการดูแล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

This descriptive research aimed to study the correlation among the relationships of caregivers and stroke patients, health status of caregivers, caregiving duration, sense of coherence and dependent care ability of caregivers in patients with stroke. One hundred and twenty six primary caregivers of stroke patients at out patient Sawanpracharak Hospital were recruited in the study. The subjects completed four questionnaires including Intimacy Scale, Dependent Care Agency of Caregiver with Stroke Scale, the Sense of Coherence Scale and Health Status of Caregiver Scale. Data was analyzed with Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that the relationships of caregivers and stroke patients, health status of caregivers were at high level. Sense of coherence and dependent care ability of caregivers in patients with stroke were at moderate level. The relationships of caregivers and stroke patients, health status of caregivers, sense of coherence had significantly positive correlation with the dependent care ability of the caregiver with stroke patients ($r = 0.31, p < .01$; $r = 0.18, p < .05$; $r = 0.20, p < .05$). Caregiving duration showed significantly negative correlation with dependent care ability of caregivers ($r = -0.32, p < .01$).

These findings suggest that the nursing

care for strengthening basic conditioning factors of caregivers with stroke patients is recommended.

Key words : Dependent care agency, stroke patients, caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่ง ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hayes, 1991 ; Precipe et al., 1977) จากการศึกษาอัตราชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่ามีสูงถึง 690 คนต่อประชากร 100,000 คน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และจากรายงานสถิติปี 2544-2548 ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี จาก 1,187 คนในปี 2544 เป็น 2,573 คนในปี 2548

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ รวมถึงการประคับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ตามศักยภาพที่เหลืออยู่ ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งความสามารถของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจได้ดียิ่งขึ้น ปลอดภัย

จากอุบัติเหตุ และสภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานบางประการของบุคคลว่ามีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น โดยศึกษาปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้เรื่องโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม (ดารากร แซ่แก้ว, 2535; จิราภรณ์ อมราภิบาล, 2535; นัยนา พิพัฒน์วิเศษ, 2535; มารยาท วงษาบุตร, 2539) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นการทดสอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ในส่วนที่กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการของบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ระบบครอบครัว ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ มีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ปัจจัยพื้นฐานบางประการนี้ จะมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ ยังไม่มีการทดสอบในส่วนนี้ ซึ่งโอเร็มได้อธิบายไว้ในทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (The Theory of Dependent-Care)

จากความสำคัญของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาทฤษฎีในส่วนนี้ ซึ่งโอเร็มได้กล่าวไว้ในทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา ผู้วิจัย

จึงสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

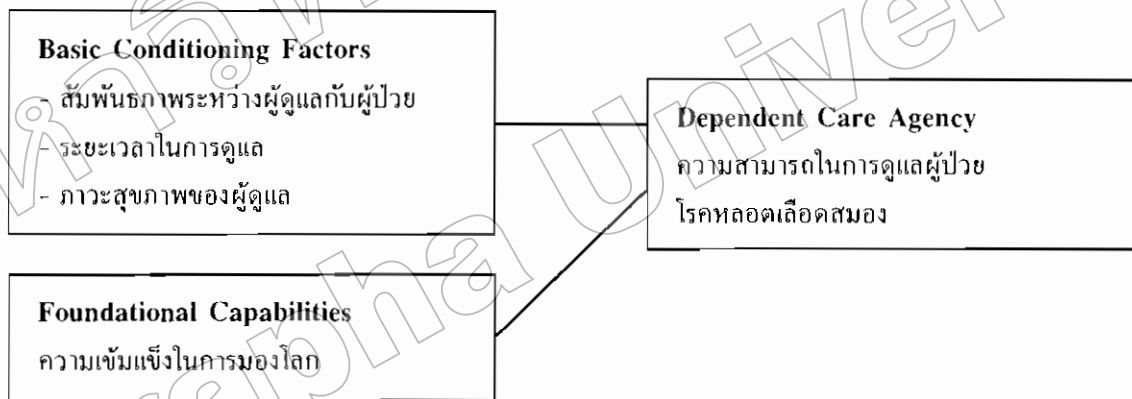
การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (Theory of Dependent Care) ของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

และพลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Component) เป็นฐานในการลงมือปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic Conditioning Factors) ของผู้ดูแล เป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลให้มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยพื้นฐานบางประการในการศึกษานี้ประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

สัมพันธภาพจัดอยู่ในระบบครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีจะมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล จัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล การดูแลในระยะเวลาสั้นจะช่วยให้เพิ่มพูนประสบการณ์ความสามารถในการดูแล (ศศิธร ช่วงสุวรรณ, 2548) ผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและใจ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นส่วนหนึ่งในความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในส่วนของการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการมองปัญหาอย่างเข้าใจ และมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ ฉะนั้นหากผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) โดยประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พาผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 โดยมีคุณสมบัติตามคุณลักษณะดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. มีการพึ่งพาผู้ดูแลระดับปานกลาง (Moderate Dependence) ถึงระดับมากที่สุด (Severe Dependence) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAI)

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ก็ได้ อาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านกับผู้ป่วยก็ได้
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง และการสื่อสาร การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดค่า Power analysis เท่ากับ .80 และค่า effect size เท่ากับ .25 ซึ่งเป็นค่ากลาง เนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (52.7%) มีค่า effect size < .30 (Polit & Sherman, 1990 cited in Burns & Grove, 1997) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอมเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งผ่านการทดสอบมาแล้วในระดับหนึ่ง เปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit และ Hungler (1999) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAI) ที่สร้างโดย คอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) นำมาแปลและปรับปรุง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ผู้ช่วยผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินกิจกรรมการดูแล การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างโดย จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) ใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือนแรกภายหลังจำหน่าย ซึ่งนิภาภัทร กัทธพงษ์บัณฑิต (2548) นำมาดัดแปลงเพื่อใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 1 ปี โดยมีข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คือ จากไม่ได้ปฏิบัติเลย 0 คะแนน จนถึงปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ 3 คะแนน คะแนนรวมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 0-122 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง คือ ความสามารถระดับต่ำ ปานกลาง และสูง เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล ใช้วัดความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับความรัก

ความเสียสะ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ ซึ่งวอลเกอร์และทอมสัน (Walker & Tompson, 1983) เป็นผู้สร้างขึ้น ต่อมาเพียงใจ ดิรไพรวงศ์ (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต (Likert Scale) 6 ระดับ คือไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ให้ 0 คะแนน รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลาให้ 5 คะแนน คะแนนรวมของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีค่าอยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน แปลผลโดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ช่วง คือ มีสัมพันธภาพระดับต่ำ ปานกลาง และสูง เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยา 2 ท่าน ทางทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล สร้างโดยแวร์และเชอร์เบอร์น (Ware & Sherbourne, 1993) วิกาวรรณ วิโรจน์รัตน์ (อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545) นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โดยข้อ 1,2 และ 13-36 ใช้อัตราส่วนประมาณค่าลิเกิต (Likert Scale) 5 ระดับ ส่วนข้อ 3-12 ใช้อัตราส่วนประมาณค่าลิเกิต 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-160 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วงคือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี ปานกลาง และดี มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการวัดความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ดูแลด้วยความเข้าใจ เห็นคุณค่าของการแก้ไขปัญหา และมั่นใจว่าจะสามารถบริหารจัดการได้ สร้างโดยแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ 7 ระดับคะแนน โดยตัวเลข 1-7 จะบ่งชี้ความมาก

น้อยตามความรู้สึกของผู้ตอบ คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 13-39 คะแนน การแปลผลมี 3 ระดับคือ มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ ปานกลาง และสูง เครื่องมือนี้มีค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82-0.95 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ในเวลา 07.30-12.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างมาตอบแบบสอบถามในบริเวณที่จัดให้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ออกผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่าง

ผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.8 มีอายุเฉลี่ย 47.37 ปี ($SD = 12.99$) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 1.97 ปี ($SD = 1.52$) มีอายุต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.5 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นสามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 31.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.5 และ 40.5 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 67.26 ปี ($SD = 12.09$) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 62.7

คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลกและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาจากข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยต่างก็มีความรักให้กัน รองลงมา ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ปัญหาสุขภาพและอารมณ์ไม่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางสังคม และ

ผู้ดูแลประเมินตนเองว่าสามารถทำกิจกรรมได้ค่อนข้างดีมากในเรื่องอาบน้ำ หรือแต่งตัว ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้คะแนนน้อยที่สุด ก็คือขีดจำกัดในการทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ในอดีตที่ผ่านมาผู้ดูแลมีความรู้สึกแปลกใจในการกระทำของบุคคลซึ่งคิดว่ารู้จักเขาเป็นอย่างดี รองลงมา รู้สึกว่าคนที่ไว้ใจไม่ทำให้ผิดหวัง ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บ่อยครั้งที่รู้สึกว่าคุณเราไม่ว่าจะเข้มแข็งแรงแรงอย่างไรก็ตามบางครั้งในบางสถานการณ์อาจจะรู้สึกจมอยู่ในความทุกข์ได้บ้าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถสูงในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ ส่วนด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถสูงสุด คือ การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย ($\bar{X} = 13.19$, $SD = 2.65$ จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) กิจกรรมที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ การฝึกให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้า จัดที่นอน และการจัดที่นอน ($\bar{X} = 6.83$, $SD = 3.47$ จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีคะแนนน้อยมากในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 2.53$ จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน) และการดูแลทางเดินหายใจ ($\bar{X} = 2.62$, $SD = 1.98$ จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) ส่วนการป้องกันข้อติดแข็งกล้ามเนื้ออวัยวะมีคะแนนความสามารถมากกว่าความสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนในข้ออื่นๆ โดยมีคะแนนมากกว่าครึ่งของคะแนนเต็มเล็กน้อย ($\bar{X} =$

20.68, $SD = 13.87$ จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 126$)

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	\bar{X}	SD	ระดับ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (85 คะแนน)	73.09	11.84	สูง
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (160 คะแนน)	132.42	18.84	ดี
ความเข้มแข็งในการมองโลก (91 คะแนน)	63.43	12.28	ปานกลาง
ความสามารถของผู้ดูแลโดยรวม (122 คะแนน)	81.38	22.54	ปานกลาง
- การประเมินภาวะสุขภาพ (3 คะแนน)	2.93	0.28	สูง
- การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ (57 คะแนน)	39.82	7.59	สูง
การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย (15 คะแนน)	13.19	2.65	
การฝึกใส่เสื้อผ้า จัดที่นอน และการจัดท่านอน (12 คะแนน)	6.83	3.47	
การฝึกใส่เสื้อผ้า จัดที่นอน และการจัดท่านอน (12 คะแนน)	11.48	2.43	
การดูแลระบบการขับถ่าย (15 คะแนน)	8.31	3.10	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (48 คะแนน)	26.15	15.87	ปานกลาง
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (9 คะแนน)	2.84	2.53	
การดูแลทางเดินหายใจ (6 คะแนน)	2.62	1.98	
การป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ (33 คะแนน)	20.68	13.87	
- การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (15 คะแนน)	12.46	2.83	สูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p < .01$; $r = 0.18, p < .05$; $r = 0.20, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.32, p < .01$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 126$)

ตัวแปร	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	ระยะเวลาในการดูแล	ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	ความเข้มแข็งในการมองโลก	ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	-				
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	0.01	-			
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	0.08	-0.17	-		
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.23**	-0.01	0.41**	-	
5. ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย	0.31**	-0.32**	0.18*	0.20*	-

* $p < .05$ ** $p < .01$

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 81.38$, $SD = 22.52$ จากคะแนนเต็ม 122 คะแนน) ในรายด้าน ผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความสามารถในระดับสูงในด้าน การประเมินภาวะสุขภาพ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ถึงกิจกรรมเหล่านี้ เป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ได้ง่าย ในขณะที่ผู้ดูแลประเมินความสามารถด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงความสำคัญของการจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อาจเป็นเพราะการเกิดแผลกดทับต้องใช้ระยะเวลา และเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นให้เห็นทันทีทันใด จึงทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการดูแลในส่วนนี้น้อย ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการฝึกให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้า จัดท่านอน และการจัดท่านอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.83$, $SD = 3.47$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลจะคอยช่วยเหลือจัดการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยมากกว่ากระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 8.31$, $SD = 3.10$ จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) เป็นเพราะการดูแลการขับถ่ายเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนการควบคุมการขับถ่ายด้วยตนเอง และส่วนหนึ่งผู้ดูแลไม่ทราบถึงความสำคัญและวิธีการฝึกการขับถ่าย แต่จะช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเท่านั้น ผู้ป่วยจึงมีปัญหาท้องผูก และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ด้วยตนเอง ส่วนการ

ดูแลทางเดินหายใจ ผู้ดูแลมีความสามารถค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.62$, $SD = 1.98$ จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ปอดขยาย และไม่ทราบวิธีการดูแลระบบทางเดินหายใจ เช่น การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีเสมหะในคอ

คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันโดยเป็นบุตรถึงร้อยละ 49.2 และเป็นคู่สมรสร้อยละ 31.7 ซึ่งย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน ประกอบกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรมของไทย มักจะมีความเชื่อในความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ หรือแม้แต่การถือเป็นที่ของสามี-ภรรยา ที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (นันทพร ศรีนิยม, 2545) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.31$) หากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมจะส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นด้วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล มีความพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการดูแล มุ่งมั่นตั้งใจในการดูแล (เพียงใจ ดิเรกพรวงค์, 2540) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ดี

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 77.86 ซึ่งเป็นวัยทำงานจึงยังมีพลังกำลังมากและพบว่า ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 61.9 จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองดี ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

สามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.18$) ภาวะ สุขภาพของผู้ดูแลดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากสภาพร่างกาย และจิตใจไม่พร้อมที่จะดูแล จะเป็นข้อจำกัดในการดูแลบุคคล เพื่อช่วยในการ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดศิริ ทิรัญชุนทะ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหา สุขภาพ จะมีผลต่อการดูแล ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกว่าการทำ หน้าที่เป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ ความเหนื่อยหน่าย (burn out) ขาดความตั้งใจใน การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลส่งผล ให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลลดลง (O'Brien, 1993)

คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก อยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งในการมองโลก พัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์การทำงาน ซึ่งเข้ามามีอิทธิพลต่อระดับความเข้มแข็ง ในการมองโลก (George, 1996) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลจบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูง ถึงร้อยละ 65.5 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น มาก่อนร้อยละ 69 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 1 ปีร้อยละ 59.5 จึงอาจทำให้การประเมิน สถานการณ์ และมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติการดูแล มีจำกัด ทำให้ผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความเข้มแข็ง ในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็ง ในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.20$) เมื่อ ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีความ เชื่อมั่นว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ และปฏิบัติการ ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลพยายามเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย

และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Forsberg-Warleby et al., 2002 ; Nilsson et al., 2002)

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.31$) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแล (Orem, 1995) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกเป็นช่วง ที่ผู้ดูแลมีความหวังต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย หวังว่า ผู้ป่วยจะดีขึ้น จนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแล จึงพยายามช่วยทำทุกอย่างบำบัดตลอดจนแสวงหา อุปกรณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ (นันทพร ศรีนิยม, 2545) แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแล ยาวนานมากกว่า 1 ปี และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการดีขึ้นเพียง เล็กน้อย ผู้ดูแลจึงหมดกำลังใจ และประเมินว่าการ ดูแลเอาใจไม่ได้ผล จึงหยุดการดูแลบางอย่าง เช่น หยุด สนใจเรื่องการทำกายภาพบำบัด (เพียงใจ ติรไพเราะถ. 2540 ; ิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิชย์, 2538 ; Schott-Bear, 1993) ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินิดา ชูช่วย (2547) ที่ศึกษาถึงศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ระยะเวลา ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพใน การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.19$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาพิจารณาสร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล เช่น กิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลก

2. ควรมีการสร้างโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การฝึกการขับถ่าย ฝึกทักษะการดูแลระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น โดยมีโปรแกรมทั้งในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล ระยะรทหลังจำหน่าย และระยะยาวโดยทำอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดติดตามผลการรักษามีจำนวนน้อย จึงทำให้ผู้วิจัยต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ไม่สามารถทำการสุ่มได้

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง และมีภูมิลำเนาในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตชนบทได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะจากรองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี รอดจากภัย คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอบและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรวรรณ อมราภิบาล. (2535). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารากร แซ่โก้ว. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อหุ้มของห้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เน้นทพร ศรีนัม. (2545). ประสบการณ์เผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นัยนา พัทธน์วณิชชา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือด
สมอง* (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่2). กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
การพิมพ์.

นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต. (2548). *ผลของ
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ
สามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
(2548). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โรงพยาบาล
สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. นครสวรรค์.

เพียงใจ ดิโรไพรวงค์. (2540). *สัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
อนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฟ้าริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่ง
ซีกและการดูแล*. กรุงเทพฯ : สามเสนเจริญพานิชย์
จำกัด.

มารยาท วงษานุตร. (2539). *ความสัมพันธ์
ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้า
รับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วินิดา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแล
และปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). *ผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะพักฟื้นและครอบครัว*. *วารสาร
พยาบาล*, 44(2), 88-92.

ศศิธร ช่วงสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ
และพรรณวดี พุชวัฒน์. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิต
ประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้
ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลใน
มหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(8), 169-190.

สุดศิริ หิรัญชุนทะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎี
บัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. (2543). *สถานะของ
ประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการ
ต่างๆ ของประเทศ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Antonovsky, A. A. (1987). *Unraveling
the mystery of health : How people manage
stress and stay well*. San Francisco : Jossey-
Bass.

Burns, N., & Grove, S. K. (1997). *The
practice of nursing research : Conduct, critique
& utilization*. (3rd ed.). Philadelphia : W.B.
Saunders.

Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., &
Home, V. (1988). *The Barthel ADL Index :
Reliability study*. *Int Disabil Stud*, 10(9), 61-
63.

- Forsberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstrand, C. (2002). Spouses of first-ever stroke victims : Sense of coherence in the first phase after stroke. *Journal Rehabilitation Medicine, 34*, 128-133.
- George, V. D. (1996). Field-workers sense of coherence and perception of risk when making home visits. *Public Health Nursing, 13*(4), 244-252.
- Hayes, M. K. (1991). A preventive approach to stroke family caregiver. *Nursing Clinics of North America, 26*, 931-940.
- Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Lundman, B., & Norberg, A. (2001). Well-being, sense of coherence, and burn out in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scand Journal Caring Sciences, 15*, 203-214.
- O'Brien, M. T. (1993). Multiple sclerosis : Health promotion behaviors of spousal caregivers. *Journal of Neuroscience Nursing, 25*(2), 105-112.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concept of practice* (4th ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concept of practice* (5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Polit, D. F., & Hungler, B. D. (1999). *Nursing research : Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Pierce, L., Rodrigues-Fisher, L., Buettner, M., Bulcroft, J., Camp, Y. G., & Bourguignon, C. (1995). Frequently selected nursing diagnosis for the rehabilitation client with stroke. *Rehabilitation Nursing, 20*(3), 138-143.
- Precipe, M. et al. (1977). Stroke disability and dementia : Result of population survey. *Stroke, 28*(3), 531-536.
- Schott-Baer, D. (1993). Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nursing, 16*, 230-236.
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family, 45*(11), 841-849.
- Ware, J. E., & Sherbourn, C. D. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care, 30*(6), 473-483.