

# ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## Stress and Coping of Caregivers of Stroke Patients



พรชัย จุลเมตต์\*

Pornchai Jullamate

ยุพิน ถนัดวณิชย์\*

Yupin Thanatwanich

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2543 จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดและแบบสอบถามการเผชิญความเครียด การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ

ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ผลการศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรจะได้มีการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางสำหรับการบริหาร การวิจัยและการจัดการศึกษาพยาบาลต่อไป

### Abstract

The main purpose of this descriptive research was to assess the level of stress and coping styles of caregivers of stroke patients. The subjects were caregivers of stroke out patients who attended the out patient department, Queen Sawangwattana Memorial Hospital, Chonburi Province during May to September, 2000. A hundred subjects were purposively selected. The instruments used in this study were the Demographic Data Interview Form, the Perceived Stress Questionnaire (PSQ), and the Jalowiec Coping Scale (JCS). Data were collected by

\*อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

research assistants and analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that the stress of stroke patient caregivers was at moderate level. All caregivers used a combination of coping styles. The proportion of coping styles the caregivers used from the highest to the lowest was confrontive, palliative and emotive styles.

Findings of this study suggest that nurses should assess the level of stress of caregivers of stroke patients and help them to effectively cope with the stress. Implications for nursing administration, research and education were discussed.

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) หรือ สโตรก (stroke) เป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534 ; Hayes, 1991) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีประชากรป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 500,000-600,000 คน (Grant, 1996 ; Teel, Duncan, & Lai, 2001) และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Folden, 1993; Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993; Whitney, 1994) ในขณะที่ประเทศอังกฤษพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 100,000 คน (Exall & Johnston, 1999) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรเป็นอันดับที่สี่รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและการได้รับสารพิษ และมะเร็งทุกชนิด โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 11,663 คนและคิด

เป็นอัตราตายถึง 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2543 หน้า 84) สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษาในปี 2542 จำนวน 390 คน (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา) เนื่องจากในปัจจุบันความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้พ้นระยะวิกฤตได้ แต่ยังคงมีความพิการทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ (Low, Payne, & Roderick, 1999 ; Teel et al., 2001) นอกจากนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบความผิดปกติด้านจิตใจด้วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่การแยกตัวออกจากสังคมและภาวะซึมเศร้า (Bronstein, 1991 ; Grant, 1996) เกิดความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความรู้สึกผิดหวังในชีวิต และอดทนต่อความเครียดได้น้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังคิด

เนื่องจากความพิการและความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Frazer, 1999 ; Galarneau, 1993 ; Williams, 1994)

จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งดูแลระดับ  
 ประครองด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการดูแลดังกล่าว  
 เป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากงานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติ  
 อยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานมากขึ้น ส่งผล  
 ให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของ  
 ผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Enterlante & Kern, 1995 ;  
 Musolf, 1991) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า  
 (Matthis, 1991) มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย  
 และบางรายมีอาการปวดหลัง น้ำหนักลด (McLean,  
 Roper-Hall, Mayer, & Main, 1991) นอกจากนี้  
 บราวน์ (Brown, 1991) พบว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้  
 ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอขาดการออกกำลังกาย และม  
 ีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวเนื่องจากถูกจำกัดทางสังคม  
 ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแบบแผน  
 การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านการบริหารเวลา การ  
 มีเวลาเป็นอิสระส่วนตัว ทำให้โอกาสที่ผู้ดูแลจะออกไป  
 สังคมกับโลกภายนอกและการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น  
 ลดลง (Robinson, Bolduc, Kubos, Starr, & Price,  
 1985; Robinson-Smith & Mahoney, 1995)  
 นอกจากปัญหาด้านร่างกายดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลมักเกิด  
 ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย จากการศึกษา  
 พบว่าภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
 เป็นเวลาหกเดือน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มม  
 ากขึ้น (Wade, Legh-Smith, & Hower, 1986) และ  
 ผู้ดูแลร้อยละ 40 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตทรุดโทรม  
 (MacLennan, 1988 cited in McLean et al., 1991)  
 และจากธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลยังต้อง  
 จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ  
 ผู้ป่วย จัดหายา อีกทั้งต้องติดตามประเมินผลการ  
 รักษาฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ (เจียมจิต แสงสุวรรณ,  
 2535) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของผู้ดูแล  
 นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อดูแล  
 ผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ (Brocklehurst, Morris,

Andrews, Richards, & Laycock, 1981) จึงอาจ  
 กล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิด  
 ความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์  
 ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล (Clark & Stan-  
 dard, 1996; Davis, 1992; Montgomery, Stull, &  
 Borgatta, 1985) ซึ่งความยากลำบากดังกล่าวเป็น  
 สาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ (Matson, 1994;  
 Teel et al., 2001; Williams, 1994) ซึ่งความเครียด  
 เหล่านี้จะมีผลทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่  
 สบายใจ วุ่นวายใจ ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจขาด  
 ความสมดุล มีผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต  
 (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อคุณภาพชีวิตของ  
 ผู้ดูแลไม่ดีขึ้นจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีด้วย  
 ดังนั้นปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
 สมองจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคล  
 เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจำเป็น  
 ต้องแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อต่อสู้เผชิญกับ  
 ความเครียดที่เกิดขึ้นและพยายามทำให้ความเครียด  
 นั้นทุเลาเบาบางลงทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ ซึ่ง  
 ก็คือวิธีการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman,  
 1984)

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้ง  
 ความคิดและการกระทำในการที่พยายามจะจัดการกับ  
 สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยบุคคลอาจจะ  
 เปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรง หรือพยายามจัดการ  
 กับความรู้สึกต่าง ๆ ของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความ  
 สมดุลในตนเอง ซึ่งลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus &  
 Folkman, 1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออก  
 เป็นสองลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่ง  
 ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญ  
 ความเครียดลักษณะมุ่งอารมณ์ (emotion-focused  
 coping) ต่อมาจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ขยาย  
 แนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน โดยแบ่งการเผชิญ

การเลือกการรับมือเป็นสามด้านคือด้านการเผชิญหน้า (proactive coping) ด้านการจัดการกับปัญหา (adaptive coping) และด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (palliative coping) การเผชิญหน้าอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไป การเลือกวิธีรับมือให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hager & Ziegler, 1988; Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลที่เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือโรคประสาทตามมาจากหลังได้ (Milne, 1980) อย่างในอภิธาน จำปามูล, 2534) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น หากเลือกวิธีเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาทั้งตัวผู้ดูแลเองและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก การให้การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลนี้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด มีบทบาทอิสระโดยตรงในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวด้านจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับจากการค้นคว้ายังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาในลักษณะนี้จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางหรือรูปแบบในการวางแผนและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่

จะเกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุข ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 100 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2543

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2543

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนเป็นร้อย (ยูวดี ฤชา, 2537 หน้า 84) จากการสำรวจพบว่าในปี 2542 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเข้ามารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 390 คน ดังนั้นจึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 100 ราย โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารโดยภาษาพูดได้

2. เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเดือน และพักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย

3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวอื่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์ของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัทซันบาร์เธล เอดีแอล (Modified Barthel ADL Index : BAI) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส สถานภาพการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนบุคคลในครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ช่วยในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ผู้วิจัย

ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire : PSQ) ซึ่งสร้างโดยเลเวนสไตน์และคณะ (Levenstein et al., 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วริยา วชิราวัฒน์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 22 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ การประเมินการรับรู้ความเครียดจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งคำตอบออกเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสี่ระดับ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสี่ระดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบจะมีการกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ

การคำนวณและแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากค่าเฉลี่ยบวกและลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} \pm SD$ ) โดยระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย ซึ่งผู้วิจัยแบ่งระดับความเครียดออกเป็นสามระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 30-60 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 61-90 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 91-120 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับสูง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

3. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale : JCS) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ประกอบด้วยวิธีการเผชิญ

ความเครียดสามด้าน รวม 36 ข้อ ได้แก่ วิธีการเผชิญ  
ความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 13 ข้อ  
ด้านจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อและด้านการแก้  
ปัญหาทางอ้อม จำนวน 14 ข้อ

**การคำนวณและแปลผลคะแนน** คะแนน  
รวมของแบบวัดการเผชิญความเครียดทั้งหมดคิดเป็น  
คะแนนจริง (raw score) มีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน  
แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการ  
จัดการกับปัญหา มีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน ด้าน  
การจัดการกับอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และ  
ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม มีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน  
คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นเผชิญกับ  
ความเครียดมาก การคำนวณด้วยคะแนนจริง ดังกล่าว  
พบว่ามีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบความ  
แตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้  
เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยง  
ข้อจำกัดดังกล่าว ไวทาเลียโน, ไมอูโร, รัสโซ และ  
เบคเกอร์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker,  
1987) จึงเสนอการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (rela-  
tive score) โดยการรวมคะแนนจริงในแต่ละด้านแล้ว  
หารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ๆ ได้เป็นค่า  
เฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละ  
ด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน คะแนน  
สัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านจึงมีค่าอยู่  
ระหว่าง 0-1 คะแนนสัมพัทธ์ที่ได้สามารถบอกลักษณะ  
ของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้าน และนำไป  
เปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ได้ คะแนนสัมพัทธ์ด้าน  
ใดมากแสดงว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้น  
มาก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดไป  
หาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20

ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเผชิญ  
ความเครียดโดยรวมเท่ากับ .81 โดยที่ด้านการจัดการ  
กับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้  
ปัญหาทางอ้อมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75, .71 และ  
.83 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บ  
รวบรวมข้อมูลจำนวนสองคน โดยผู้วิจัยและที่ปรึกษา  
โครงการวิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยทั้งสองคนและทดลอง  
เก็บข้อมูลกับผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยก่อน  
ดำเนินการเก็บข้อมูลจริง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บ  
รวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก รพ.สมเด็จ  
พระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม  
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทาง  
สังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social  
Science/For Windows) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมา  
แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความเครียดโดยคำนวณ  
หาความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน
3. วิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน  
โดยการคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน และคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score)  
ของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งสิ้น 100 ราย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 รายเช่นกัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 36-94 ปี ( $\bar{X} = 68.51$ ,  $SD = 10.30$ ) มีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 โดยมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ส่วนสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าเป็นจากหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 ทั้งนี้ผู้ป่วยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกซ้ายมากที่สุด (ร้อยละ 62) ผู้ป่วยร้อยละ 72 มีโรคประจำตัว และมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 60) โดยที่สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยตามความรู้สึกของผู้ดูแลอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 78)

สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เป็นเพศหญิง โดยมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48) ซึ่งมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธและมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36) มี

อาชีพรับจ้าง โดยมีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 54) ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตร บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้มากที่สุด (ร้อยละ 65) โดยที่มีจำนวนคนในครัวเรือนเฉลี่ย 5.14 คน ( $SD = 1.78$ ) กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ 1-180 เดือน ( $\bar{X} = 40.94$ ,  $SD = 34.63$ ) โดยให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 14.62 ชม. ( $SD=5.83$ ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีผู้ช่วยผู้ดูแลโดยพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36) มีผู้ดูแลจำนวน 1 คน

### ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความเครียดอยู่ในระหว่าง 43 - 102 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดเท่ากับ 74.89 และ 15.33 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	20	20.0
ระดับปานกลาง	65	65.0
ระดับสูง	15	15.0
<b>รวม</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

**กลุ่มตัวอย่างกับวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง**

ในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับปัญหา

ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด**

วิธีการเผชิญความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการกับปัญหา	94	94.0
การจัดการกับอารมณ์	2	2.0
การแก้ปัญหาทางอ้อม	4	4.0
<b>รวม</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ( $\bar{X} = 0.197, SD = 0.004$ ) (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด**

วิธีการเผชิญความเครียด	$\bar{X}$	SD
การจัดการกับปัญหา	0.447	.005
การจัดการกับอารมณ์	0.197	.004
การแก้ปัญหาทางอ้อม	0.356	.006

**การอภิปรายผล**

**1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผลการศึกษาในระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประเมินสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ว่าเป็นความเครียดตั้งแต่ระดับต่ำจนถึงระดับมาก (ดังตารางที่ 1) ทั้งนี้พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีระดับความเครียดปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (Matson, 1994; Neundorfer, 1991; Sirapo-ngam, 1994; Sitthimongkol, 1998)

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียดระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ต่ำจนถึง



มากนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อภาวะเครียดในลักษณะต่าง ๆ กัน ตามแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน (1988) ที่ว่าความเครียดเป็นผลมาจากการใช้บุคคลใช้สติปัญญาของตนประเมินปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า รวมทั้งความสามารถในการเผชิญความเครียดของตน การที่บุคคลจะมีระดับความเครียดน้อยหรือมากนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่ามี ความสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลจะรับรู้ต่อภาวะเครียดในสามลักษณะ คือ รับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) รับรู้ว่าเป็นคุกคามต่อชีวิตในปัจจุบันหรืออนาคต (threat or anticipate threat) และรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์นั้นแม้ว่าจะ เป็นอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ซึ่งบุคคลสามารถใช้ศักยภาพของตนหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ควบคุมเหตุการณ์ได้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ ประเมินว่าสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่เป็นความเครียด ระดับน้อยนั้นรับรู้ต่อความเครียดในลักษณะที่เป็นอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย คาดว่าจะสามารถใช้แหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่ควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่ประเมินว่าเป็นความเครียดระดับปานกลาง และมากนั้น จะรับรู้ต่อความเครียดในลักษณะอันตราย คุกคามต่อชีวิตในปัจจุบัน และคาดการณ์ว่าอาจ คุกคามต่อชีวิตในอนาคต สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับ ปานกลางนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่พบมี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 62) ซึ่งคู่สมรส เป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วย สนับสนุนกันเองและเป็นตัวกลางในการลด ความเครียดของคู่สมรสของตนได้ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนด้านอารมณ์ (Teel et al., 2001) นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่

มีระดับการพึ่งพาเล็กน้อยและปานกลางรวมกันถึงร้อยละ 78 ตามแบบประเมินดัชนีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของบาร์เรล แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้การดูแลผู้ป่วย เฉลี่ยวันละ 14.62 ชั่วโมง ก็ตามแต่กลุ่มตัวอย่างมี ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1-3คนส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีผู้แบ่งเบาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 40.94 เดือน จึง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ การดูแลส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าสถานการณ์ที่ ตนกำลังเผชิญอยู่เป็นความเครียดในระดับปานกลาง รวมทั้งสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างต้อง ให้การดูแลนั้นอยู่ในระดับปานกลางและดีรวมกันถึง ร้อยละ 90 ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อระดับ ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา (Grant, 1996; Periard & Ames, 1993; Teel et al., 2001; Williams, 1994)

นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว กลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 72 มีการประกอบอาชีพ และมีรายได้ ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป ถึงมากกว่า 15,000 บาท เป็นจำนวนร้อยละ 78 ในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างมี ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้และเหลือเก็บรวมกันร้อยละ 65 ซึ่งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่พอเพียงนี้เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่ตนเผชิญ อยู่ว่าเป็นความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้อง กับหลายการศึกษาที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็น ตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับ ความเครียด (Braithwaite, 2000; Frazer, 1999; Low, Payne, & Roderick, 1999; Periard & Ames, 1993; Teel et al., 2001; Williams, 1994)

**2. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผลการศึกษาวិธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน (ดังตารางที่ 2) โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดในลักษณะการมุ่งแก้ปัญหา รองลงมาคือ ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (1988) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความ ต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งบุคคลจะจัดการกับความต้อการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเป็นพลวัต (dynamic) ซึ่งจะเกิดเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น หากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคามหรือทำลาย บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสามด้าน คือ ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และ ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม อย่างไรก็ตามไม่มีการเผชิญความเครียดด้านใดมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ การเผชิญความเครียดด้านหนึ่งก็เหมาะสมกับสถานการณ์หนึ่งและผลที่ออกมาจะแตกต่างกันไปตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ผสมผสานกันทั้งการเผชิญความเครียดในลักษณะมุ่งอารมณ์ (emotion-focused forms of coping) และการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) แต่จะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญและบริบทของแต่ละ

บุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) และถ้าบุคคลเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมก็จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Bronstein, 1991)

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา มากที่สุดนั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92 เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ารวมกันร้อยละ 98 ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งทำลายและเกิดผลดีกับตนเอง จึงพยายามคิดค้นหาวิธีต่าง ๆ เพื่อที่จะเผชิญกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร บุตรเขย หรือสะใภ้ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดา มารดาของตน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงพยายามแสวงหารูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ ในการที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ให้การดูแลผู้ป่วยของตนให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเพอเรียด และ เอเมส (Periard & Ames, 1993) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาโดยพยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริโพธิ์งาม (Sirapongam, 1994) ที่ศึกษาความเครียด ความต้องการการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด และยังคงสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่ศึกษาในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; สุขุมล ด้อยแก้ว, 2540; Burke & Flaherty, 1993; Jalowiec & Powers, 1981) แต่ผลการศึกษครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ สเตรงและฮอกเฮย์ (Strang & Haughey, 1999) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน รวมทั้งสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับลาซาร์สและโพล์คแมน (1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองลงมาจากด้านการจัดการกับปัญหา (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมล ด้อยแก้ว (2540) และสุรางค์ เปื้องเดช (2533) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองมาจากการจัดการกับปัญหาเช่นเดียวกัน จาโลวีก (1988) กล่าวว่า วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะจัดการกับปัญหาทางอ้อมนั้น เป็นลักษณะที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดและสร้างปัญหาให้กับตนเองแล้ว แต่ไม่พยายามที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เพื่อลดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดตามความรู้สึกของตนเองลงก่อนเพื่อให้ตนเองมีเวลาในการคิดพิจารณาสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้น

ในขณะที่เดียวกันผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาก ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะเพิ่มความทนต่อความเครียดให้กับบุคคล (Robert, 1987) และบุคคลสามารถนำเอาประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตมาเป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Ignatavicius & Bayne, 1993) และเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาจัดการกับความเครียดมากขึ้น (Burke & Flaherty, 1993) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นสิ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

#### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในระดับ ดั้งนั้นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดระดับความเครียดของผู้ดูแลให้น้อยลง หรือไม่มีความเครียดเลย เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย
2. พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ด้านบริหารการพยาบาล**

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึง การพัฒนาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสามารถในการประเมินความเครียดและให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความเครียดให้เหมาะสม เช่น จัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการประเมินความเครียด การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามบทบาทและขอบเขตของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. จัดให้มีสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการฝึกเทคนิคการจัดการกับความเครียด เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลและสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ด้านการศึกษาพยาบาล**

1. ในการจัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียด นอกจากนั้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมด้วยรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. จัดให้มีการฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้สามารถนำทักษะต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ให้จัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะใน

การทำวิจัยครั้งต่อไปคือ

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น การศึกษาในระดับประเทศ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาในภาพรวม สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษารูปแบบของการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยและคณะใคร่ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณีภรณ์ ทรัพย์ภรานนท์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้ช่วยวิจัย ทั้ง 2 ท่าน และผศ. อาริรัตน์ สังวรวงษ์พนา ซึ่งช่วยประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณณภาพรรณ จันทร์เพิ่ม ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำและวิเคราะห์ข้อมูลและที่สำคัญที่สุดขอขอบพระคุณผู้ช่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกท่าน ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543**. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2535). **โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล**. ขอนแก่น : ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). **Epidemiology of stroke ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
- ยุวดี ฤชา. (2537). **วิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์.
- วริยา วชิราวัฒน์. (2543). **อิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรังและภาวะติดเชื่อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร ต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุขุมล ต้อยแก้ว. (2540). **การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2542)**
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพัทธ์ บุรณเวช. (2521). **การรักษาคนไข้ Stroke ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู**. ใน **ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู**. (หน้า 227-233). ธนบุรี : สหประชาพาณิชย์.
- สุรางค์ เป็ร็องเดช. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอรับการตรวจชิ้นเนื้อ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา จำปามูล. (2534). **การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลในคลินิก : การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคคล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Binder, L.M. (1984). Emotional problems after stroke. **Stroke, 15**, 174-177.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes : Making choices through caregiving appraisals. **The Gerontologist, 40**, 706-717.
- Brocklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K., Richards, B., & Laycock, P. (1981). Social effects of stroke. **Social Science and Medicine, 15**, 35-39.
- Bronstein, K.S. (1991). Psychosocial components in stroke : Implications for adaptation. **Nursing Clinics of North America, 26** (4), 1007-1017.
- Brown, P.L. (1991). The burden of caring for a husband with alzheimer's disease. **Home Health Care Nurse, 9** (3), 33-38.

- Bruckbauer, E.A. (1991). Recognizing poststroke depression. **Rehabilitation Nursing**, **16**, 34-36.
- Burke, M., & Flaherty, M.J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritis women. **Journal of Advanced Nursing**, **19**, 7-13.
- Clark, M., & Standard, P.L. (1996). Caregiver burden and the structural family model. **Family & Community Health**, **18** (4), 58-66.
- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. **Family & Community Health**, **15** (2), 1-9.
- Enterlante, T. M. & Kern, J. M. (1995). Wives reported role changes following a husband's stroke: A pilot study. **Rehabilitation Nursing**, **20**, 155-160.
- Exall, K. & Johnston, H. (1999). Caring for carers coping with stroke. **Nursing Time**, **95** (11), 50-51.
- Folden, S.L. (1993). Effect of a supportive-educative nursing intervention on older adults' perceptions of self-care after stroke. **Rehabilitation Nursing**, **18**, 162-174.
- Frazer, C. (1999). The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. **Journal of Neuroscience Nursing**, **31** (1), 9-16.
- Galarneau, L. (1993). An interdisciplinary approach to mobility and safety education for caregivers and stroke patients. **Rehabilitation Nursing**, **18**, 395-399.
- Grant, J.S. (1996). Home health care problems : experienced by stroke survivors and their family caregivers. **Home Health Care Nurse**, **14** (11), 893-902.
- Hager, K. & Ziegler, K. (1998). Stages in coping after stroke. **Zeitschrift fur Gerontologic and Geriatric**. **31** (1) : 9-15 [CDROM]. Abstracts from : Unique Identifier file Item : 98213832.
- Hayes, M.K. (1999). A preventive approach to stroke. **Nursing Clinics of North America**, **26**, 931-940.
- Ignatavicius, D.D., & Bayne, M.V. (1993). **Medical-surgical nursing : A nursing process approach**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, & O.L. Strickland (Eds.) **Measurement of nursing outcomes : Measurement client outcomes**. (volume 1.) (pp.287-308). New York : Springer.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertension at emergency room patients. **Nursing Research**, **30**, 10-15.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York : Springer.
- Levenstein et al., (1993). Development of the perceived stress questionnaire : A new tool for psychosomatic research. **Journal of Psychosomatic Research**, **37** (1), 19-32.
- Low, J.T.S., Payne, S., & Roderick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers : A literature review. **Social Science & Medicine**, **49**, 711-725.
- Matson, N. (1994). Coping, caring and stress : A study of stroke carers and carers of older confused people. **British Journal of Clinical Psychology**, **33**, 333-344.

- Matthis, E.J. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. **Home Healthcare Nurse**, **9** (3), 23-25.
- McLean, J., Roper-Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers : A pilot study. **Journal of Advanced Nursing**, **16**, 559-564.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E., & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and the analysis of burden. **Research on aging**, **7** (1), 137-152.
- Musolf, J.M. (1991). Estimating the impact of the family caregivers role. **Rehabilitation Nursing**, **16**, 82-84.
- Neundorfer, M. Mc. (1991). Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. **Nursing Research**, **40**, 260-265.
- Periard, M.E., & Ames, B.D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. **Public Health Nursing**, **10**, 252-256.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., & Lasher, A.T. (1993). Using social support theory to care for CVA patients. **Rehabilitation Nursing**, **18**, 154-161.
- Robinson, R.G., Bolduc, P.L., Kubos, K.L., Starr, L.B., & Price, T.R. (1985) Social functioning assessment in stroke patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, **66**, 496-500.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. **Journal of Neuroscience Nursing**, **27**, 83-89.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). **Stress, caregiving demand and coping of caregivers of parkinson's patients**. A Doctoral Dissertation in Nursing Science, University of Alabama, Birmingham, USA.
- Siththimongkol, S. (1998). **Stress, coping and quality of life in family caregivers of dependent elderly**. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Strang, V.R., & Haughey, M. (1999). Respite : a coping strategy for family caregivers. **Western Journal of Nursing Research**, **21**, 450-471.
- Teel, C.S., Duncan, P., & Lai, S.M. (2001). Caregiving experiences after stroke. **Nursing Research**, **50**, 53-60.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. **Journal of Behavioral Medicine**, **10** (1), 1-18.
- Wade, D.T., Legh-Smith, J., & Hower, R.L. (1986). Effects of living with and looking after survivors of stroke. **British Medical Journal**, **293**, 418-420.
- Whitney, F. (1994). Stroke. In Ellen, B. (Ed.), **Neuroscience nursing** (pp. 469-516). St. Louis : Mosby-Year Book.
- Williams, A. (1994). What bothers caregivers of stroke victims?. **Journal of Neuroscience Nursing**, **26**, 155-161.