

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

ศตวรรษ อุดรศาสตร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

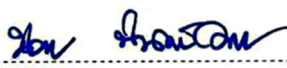
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

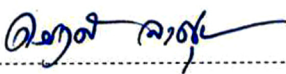
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชิชา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชิชา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุชะ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการทำวิจัยที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และเสียสละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งหัวหน้า และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ที่ได้ช่วยเหลือดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ Professor Dr.Edwin Rosenberg ศาสตราจารย์ประจำ Department of Sociology, Appalachian State University, NC, USA. ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนวิจัย The Rosenberg Gerontological Nursing Scholarship ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของคุณ เพื่อน ๆ และพี่ ๆ ที่ร่วมศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน กำลังใจ กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา บุพการี บุรพจารย์ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ศตวรรษ อุดรศาสตร์

58920032: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลชาย/ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง/ ภาวะผู้ดูแล

ศตวรรษ อุตสาหกรรม: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS RELATED TO BURDEN AMONG MALE CAREGIVERS OF ELDERLY WITH STROKE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D., นัยนา พัฒน์วิมลชา, Ph.D. 139 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ภาระของผู้ดูแลเป็นผลกระทบที่ได้มาจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 83 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย และแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลชาย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82, .81, .85, .88 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย ($M = 12.45, SD = 10.73$) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .45$) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$ และ $.23$ ตามลำดับ) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.37, -.36$ และ $-.29$ ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.19$)

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรรีให้ความสำคัญและตระหนักถึงการรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบหรือส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาล อันจะเป็นการช่วยลดภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

58920032: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S.

(GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS:MALE CAREGIVERS/ ELDERLY PATIENTS WITH STROKE/ CAREGIVER BURDEN

SATTAWAS UDONSAT: FACTORS RELATED TO BURDEN AMONG MALE CAREGIVERS OF ELDERLY WITH STROKE. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D. 139 P. 2018.

Caregiver burden is an expression addressing the adverse consequence of the caring especially providing care to the elderly with stroke. This descriptive correlational study aimed to study levels of male caregiver burden and factors related to burden among male caregivers of elderly with stroke. The sample was eighty three male caregivers and elderly with stroke attending Prasat Neurological Institute. Research instruments included the demographic data questionnaire, the Barthel ADL Index, the Perceived Health Status Interview Form, the Thai Geriatric Depression Scale-15, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, the Caregiver and Patient Relationship Interview Form, the Social Support Interview Form and the Zarit Burden Interview with reliabilities of .82, .81, .85, .88 and .86 respectively. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

Findings revealed that the male caregiver burden of elderly with stroke was at no burden to mild burden level ($M = 12.45, SD = 10.73$). Depression of caregivers positively related to male caregiver burden with the significant level of .01 ($r = .45$). Time spent on giving care per day and depression of elderly positively related to male caregiver burden with the significant level of .05 ($r = .18, .23$ respectively). Relationship with patients, activities of daily living of elderly and social support of caregivers negatively related to male caregiver burden with the significant level of .01 ($r = -.37, -.36, -.29$ respectively). Perceived health status of caregivers negatively related to male caregiver burden with the significant level of .05 ($r = -.19$)

The findings suggest that nurses and healthcare providers should emphasize the importance and be aware of burden among male caregivers of elderly with stroke. Applying factors associated with male caregiver burden from this study for developing model or nursing intervention would help reduce burden of these male caregivers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
สมมติฐานของการวิจัย	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	13
นิยามศัพท์เฉพาะ	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	16
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	22
แนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล	29
ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด	33
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	61
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
4 ผลการวิจัย	67
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	68
ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	69
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	72
ส่วนที่ 4 ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	73
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง	74
5 สรุปและอภิปรายผล	76
สรุปผลการวิจัย	76
อภิปรายผล	78
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	87
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	88
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก	101
ภาคผนวก ข	103
ภาคผนวก ค	116
ภาคผนวก ง	125
ภาคผนวก จ	127
ภาคผนวก ฉ	130
ภาคผนวก ช	137
ประวัติย่อของผู้วิจัย	139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	68
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	69
3	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	72
4	จำนวน ร้อยละ ของภาระผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	73
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	74
6	ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว มีการกระจายแบบปกติ ...	126
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายรายข้อ	131
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ	132
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายรายข้อ.....	133
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ	133
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายรายข้อ	134
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ	135

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13
2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power 3.1.9.2.....	138

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาท เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะที่เกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ มีผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดความพิการ หรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยของร่างกาย ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในช่วงต้นของชีวิต สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึง ร้อยละ 65-75 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2552; Williams & Murray, 2013) และในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 599 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในช่วงอายุเฉลี่ย 65 ปี (Suwanwela, 2014) และนอกจากนั้นยังพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยเท่ากับ 255.85 หรือเท่ากับ 161,008 ราย และปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วยเท่ากับ 352.30 หรือเท่ากับ 228,836 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) จากสถิติที่ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการเข้าถึงระบบบริการการรักษา และการได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่

ปัจจุบันมีการรักษาที่ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันนั้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็มีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมากับตัวผู้ป่วย โดยผลกระทบต่อด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาทางด้านการควบคุมการขับถ่าย มีความผิดปกติทางกระบวนการคิด การรับรู้และปัญหาด้านการสื่อสาร (นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปริญญา และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556; จรรยา สันตยากร, 2554; วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552; Sackley et al., 2008) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์พบว่า การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ส่งผล

ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Suttupong & Sindhu, 2012) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ความพิการส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดลง สัมพันธภาพกับเพื่อนลดลง และไม่สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ทำงานได้ตามเดิม (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมักจะเป็นบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นคู่สามีภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่เข้ามาดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยพบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ดูแลมีอาการปวดหลังจากการยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้วทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ติดตามการรักษา ส่งผลให้มีอาการกำเริบหรือรุนแรงมากยิ่งขึ้น (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล และการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกดดัน ความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด และหมดกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก จะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2553; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) และยังพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสะสมเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปนาน จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลตามมา (เจดชาย ชยวัฑโฒ, 2559) ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลมีกิจกรรมทางสังคมลดลง จากการใช้ระยะเวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องหยุดงาน หรือลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ (สุสิทธิ์ ทาทอง, 2550; ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ, 2557) ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้นำมาสู่ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) มากยิ่งขึ้น

ภาระของผู้ดูแล เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) โดยทั่วไปผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการรับรู้ภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนขึ้นไป (Bull, Bowers, Kirschling, & Neufeld, 1990) ซึ่งการรับรู้ภาระของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวต่อการดูแลของแต่ละบุคคล (Chou, 2000) จึงทำให้เกิดการรับรู้ภาระที่แตกต่างกันในผู้ดูแล

ผู้ดูแลนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่คอยทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และยังเป็นผู้ที่รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง โดยพบว่า ผู้ดูแลหญิงที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละการศึกษา มีจำนวนที่แตกต่างกัน พบตั้งแต่ ร้อยละ 72-84 (รศศุคนธ์ เจืออุปถัมภ์, 2553; อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555; ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เป็ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2557; อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2559) ทั้งนี้ด้วยการอบรมบ่มเพาะในสังคมไทย คาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ปรนนิบัติดูแลบุคคลในครอบครัวและบุคคลที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้หญิงมีความนุ่มนวลและละเอียดอ่อน (สดสวย ทองมหา, กนกวรรณ ธรารวรรณ, มัลลิกา มัติโก และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2555) แต่ปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป ความเหลื่อมล้ำในบทบาทระหว่างผู้หญิงและผู้ชายลดลง และมีแนวโน้มไปสู่ความเสมอภาคมากขึ้น ผู้ชายจึงเข้ามามีบทบาทในการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การเลี้ยงดูบุตร และงานการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า จากอดีตที่ครอบครัวไทยเคยเป็นครอบครัวขยาย กลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวเดี่ยวมีรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยครัวเรือนที่อยู่กันตามลำพังสามีภรรยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) และผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรสอยู่กันเพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 16 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 19 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) ซึ่งในครอบครัวเดี่ยวนั้น ถ้าหากมีผู้หญิงในครอบครัวเจ็บป่วย หน้าที่การดูแลผู้ป่วยจึงต้องเป็นบทบาทความรับผิดชอบของผู้ชายในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สดสวย ทองมหา และคณะ, 2555)

ปัจจุบันพบว่า มีผู้ดูแลชายเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลชายในปี ค.ศ. 1996 มีเพียง ร้อยละ 19 และเพิ่มขึ้นมาเป็น ร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2009 (National Alliance for Caregiving in Collaboration with AAR, 2009) และจากการสำรวจในรัฐแคลิฟอร์เนีย ในปี ค.ศ. 2009 พบว่า มีผู้ดูแลชายสูงถึง 2.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 43 ของผู้ดูแลทั้งหมด (California Research Bureau, 2014) และยังพบว่า ผู้ดูแลชายเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา (National Alliance for Caregiving in Collaboration with AAR, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละการศึกษามีจำนวนผู้ดูแลชายที่แตกต่างกัน โดยพบตั้งแต่ ร้อยละ 18-28 (รศศุคนธ์ เจืออุปถัมภ์, 2553; อรอนงค์ กุลณรงค์ และคณะ, 2555; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557;

กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา และกิรดา ไกรนุวัตร, 2558; อนุสรณ์ เน้นอุดร และคณะ, 2559) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลชายในประเทศไทยนั้น ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลชาย เนื่องจากการที่ผู้ดูแลชายจะต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น เป็นบทบาทใหม่ และด้วยบริบทของผู้ดูแลชายที่ไม่เคยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมาก่อน ประกอบกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ชายที่มีความเข้มแข็ง อดทน มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และไม่ชอบเปิดเผยความรู้สึก (Baker, Robertson, & Connelly, 2010) อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลชายไม่สามารถปรับตัวได้ และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ นำมาซึ่งการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น และอาจเป็นผลให้การดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เต็มที่ เกิดการทรมาน การละเลยละทิ้ง และไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ (วัชรากร ประนิล, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, วิลาวรรณ พันธุ์พฤษย์ และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2558)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่ออธิบายการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลชาย ซึ่งทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลจากการเผชิญของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม เกิดจากปัจจัยบุคคล (Personal factors) และปัจจัยสถานการณ์ (Situation factors) มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดว่าเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่ง ที่ผู้ดูแลชายต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ถ้าหากผู้ดูแลชายไม่สามารถเผชิญกับการความเครียดในบทบาทการดูแลที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลชายไม่สามารถปรับตัวได้ นำมาซึ่งผลลัพธ์ทางด้านลบที่สะท้อนอยู่ในการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลมีหลายประการ โดยสามารถแบ่งปัจจัยตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นสองปัจจัย ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย และปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ จัดว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล กล่าวคือ ปัจจัยที่เป็นผลมาจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่จัดว่าเป็นปัจจัยบุคคล ได้แก่

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ต่อสถานการณ์ความเครียด แสดงออกมาในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ โดยรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีอารมณ์สนุกสนาน ไม่มีแรงจูงใจในตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งจากผลกระทบทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ของผู้ดูแล โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลมองว่า การดูแล ผู้ป่วยนั้นเป็นปัญหาที่เรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการระงับในการดูแลตามมา (Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005; Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Wong, 2011; วรรณรัตน์ ภาคภากร, 2557) และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล (McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra, 2005; Tang et al., 2011; Jaracz, Grabowska-Fudala, & Kozubski, 2012; Jaracz, Grabowska-Fudala, Gorna, & Kozubski, 2014; Kruithof et al., 2016) ที่ผ่านมานั้น เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ชายและหญิงกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ความสัมพันธ์ ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Vellone et al., 2011; Hanh, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมา เกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาทั้งในผู้ดูแลชายและหญิง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล (Kruithof et al., 2016; Hanh et al., 2017) จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมานั้น เป็นการศึกษาสัมพันธภาพทั้งในผู้ดูแลชายและหญิง กับภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเฉพาะสัมพันธภาพ ของผู้ดูแลชายกับภาวะในการดูแล ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันในทางลบ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยรวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ไม่ดี สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ดูแล กำลังมองว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการที่ดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น (Hanh et al., 2017; Jeong, Jeong, Kim, & Kim, 2015; ปิติพร สิริทิพากร, วิมลรัตน์ กุ๊วราวุฒิพานิช, วันเพ็ญ ภิญ โยโยภาสกุล และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555) และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาทั้งในผู้ดูแลชายและหญิง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล (Choi-Kwon et al., 2005; Rigby, Gubitz, & Phillips, 2009; Jeong et al., 2015) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย เพื่อมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และอาจเป็นไปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ที่จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นคงและปลอดภัย มีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะในการดูแลตามมา (Hanh et al., 2017; เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559; สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์ และรศรินทร์ เกรย์, 2556) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล (Chiou, Chang, Chen, & Wang, 2009; Jaracz et al., 2012; Jaracz et al., 2014; Kruithof et al., 2016) ซึ่งที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายและหญิงกับภาวะในการดูแล ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายกับภาวะในการดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันในทางลบ

ปัจจัยสถานการณ์ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวตามทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวคือ เป็นปัจจัยที่กล่าวถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่ส่งผล

ต่อตัวบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่จัดว่าเป็นปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ลดลง หรือบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรม เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะของผู้ดูแลตามมา (วัชรกร ประณีล และคณะ, 2558; Jaracz et al., 2012; Hanh et al., 2017) และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล (McCullagh et al., 2005; Jaracz et al., 2012; Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014; Kruithof et al., 2016) ดังนั้น ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่มักพบหลังจากเกิดโรค ความพิการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษข์ ทองแดง, 2559) ภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแย่ลง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ และการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษข์ ทองแดง, 2559) ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย และจากการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และทั้งในผู้ดูแลชายและหญิง พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล (McCullagh et al., 2005; Tang et al., 2011; Jaracz et al., 2012; Kruithof et al., 2016) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเฉพาะภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนชั่วโมงของผู้ดูแลชาย ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหนึ่งวัน การดูแลที่ต้องใช้เวลาดูแล

อย่างต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนติดกับดักวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง (Doombos, 2002; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ อาจส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาวะในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลในช่วงระยะเวลาที่น้อยกว่า (Gaynor, 1990) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล (Chiou et al., 2009; Jaracz et al., 2012; Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015; Jeong et al., 2015) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับภาระของผู้ดูแลทั้งในผู้ดูแลชายและหญิง แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับภาระของผู้ดูแลชายในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลหลายประการ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลโดยรวม ทั้งผู้ดูแลชายและหญิง ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่ในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยังพบว่าไม่มีการศึกษา ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นบทบาทใหม่ของผู้ดูแลชายที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน จึงอาจส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลชายในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล การสนับสนุน และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือประคับประคอง เพื่อลดการรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
6. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Transactional model of stress and coping) ของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่ออธิบายการรับรู้ภาระของผู้ดูแลชาย ซึ่งทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลจากการเผชิญของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากปัจจัยบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น บุคคลจะเริ่มเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการที่บุคคลจะประเมินและตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีความสำคัญและความรุนแรงที่ส่งผลต่อตนเองอย่างไร ส่งผลไปในทิศทางบวก หรือด้านที่ดีต่อบุคคล ไม่ส่งผลต่อบุคคล หรือส่งผลไปในทิศทางลบ เกิดผลเสียหรือความเครียด และเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่า สิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ ส่งผลเสียหรือความเครียดต่อตนเองก็จะเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) โดยกระบวนการนี้ จะเป็นกระบวนการประเมินหาแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะใช้จัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น และนำเข้าสู่กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping) โดยกระบวนการนี้ จะนำแหล่งประโยชน์ที่ได้จากกระบวนการประเมินชนิดทุติยภูมิ มาใช้เพื่อพยายามในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ การเผชิญความเครียดจัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียด โดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม ส่วนการจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดหรือสิ่งแวดล้อมนั้น ส่งผลเสียต่อตนเอง เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวได้ (Adaptation) ผลลัพธ์ที่ออกมา จึงอยู่ในผลลัพธ์ทางด้านบวก (Positive outcome) ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ความรู้สึก และถ้าหากบุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดหรือสิ่งแวดล้อมที่คุกคามกับตนเองได้ ก็จะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ผลลัพธ์ที่ออกมา จึงอยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ทางด้านลบ (Negative outcome) ของอารมณ์ความรู้สึกหรือความเครียด

ความเครียดจะส่งผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย 2 ระบบที่สำคัญ ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) โดยระบบประสาทซิมพาเทติก จะไปกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น น้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น เพื่อให้ร่างกายพร้อมสำหรับเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด และอีกระบบหนึ่ง คือ แกนไฮโปทาลามัสพิทูอิทารีอะครีเนล (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก (Adrenocorticotrophic hormone [ACTH]) โดยฮอร์โมนนี้จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอกอีกครั้ง ทำให้เกิดการหลั่งของคอร์ติซอลฮอร์โมน (Cortisol hormone) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็น “ฮอร์โมนความเครียด” ซึ่งถ้ามีมากเกินไปภายในร่างกาย จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา เช่น เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ไม่อยากรับประทานอาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Vaccarolis, Carson, & Shoemaker, 2006; Kalat, 2013)

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดว่าเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลชาย โดยการรับรู้ภาวะที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลชายนั้น เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ส่วนปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลชายไม่สามารถเผชิญความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามได้ จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งสามารถอธิบายปัจจัยที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้บุคคล รู้สึก โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค การดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลมองว่าการดูแลนั้นเป็นปัญหาที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลตามมา (Choi-Kwon et al., 2005; Tang et al., 2011; รศรณัฏร์ดี ภาคาภากร, 2557)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลแสดงออกถึงความเต็มใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มที่ และไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Vellone et al., 2011; Hanh et al., 2017)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีนั้น อาจแสดงได้ว่า ผู้ดูแลกำลังมองว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากจะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพ จึงทำให้ผู้ดูแลมองว่า สุขภาพของตนเองมีปัญหาจากการดูแล นำไปสู่การรับรู้ภาวะ

ในการดูแลตามมา (Hanh et al., 2017; Jeong et al., 2015; ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2555)

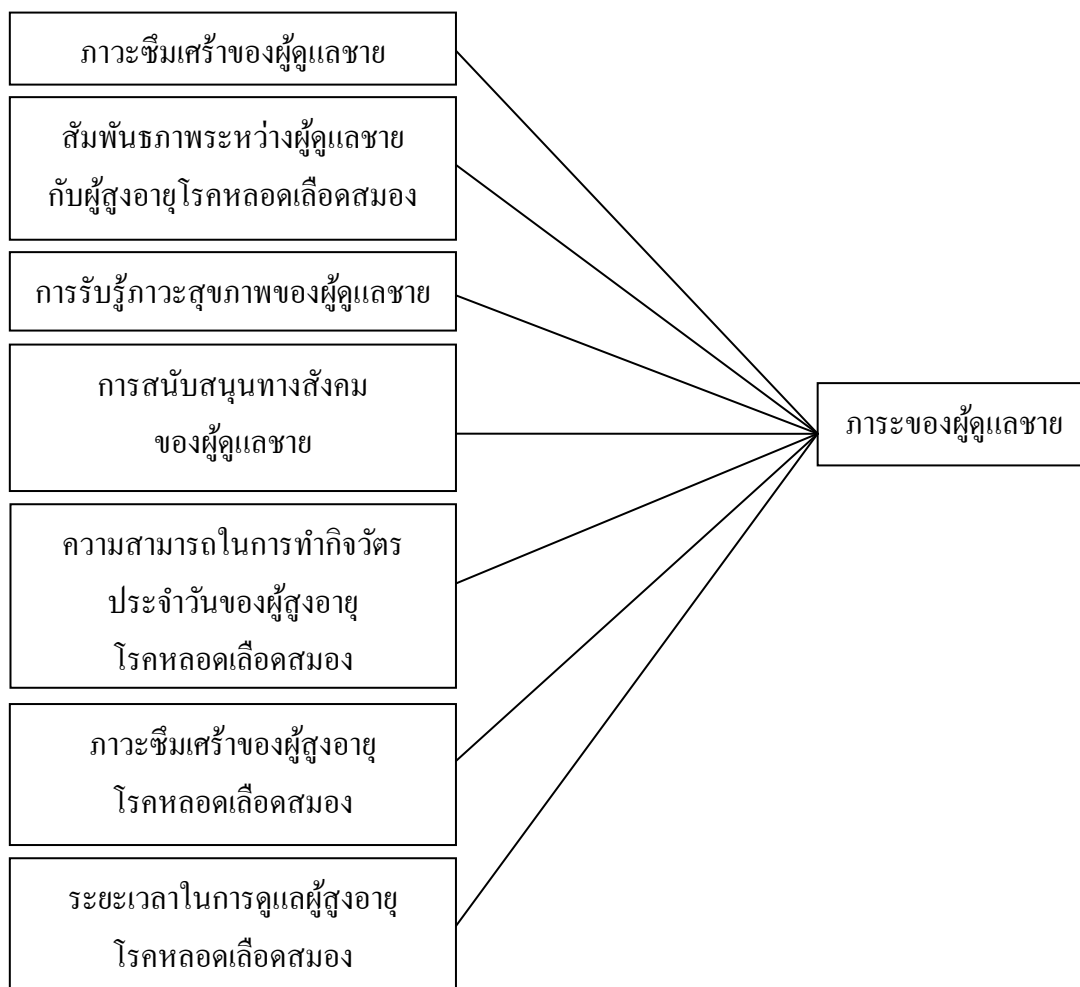
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแล ที่จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นคงและปลอดภัย มีเพื่อน หรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะในการดูแลตามมา (Hanh et al., 2017; เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559; สาสินี เทพสุวรรณ และคณะ, 2556)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัจจัย สถานการณ์ของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง หรือบางราย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรม ทำให้เกิดการรับรู้ ภาวะของผู้ดูแลตามมา (Jaracz et al., 2012; Hanh et al., 2017)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัจจัยสถานการณ์ของผู้ดูแลชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ขาดแรงจูงใจ และรู้สึกหมดแรงในการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพแย่ง รวมไปถึงความสามารถในการทำ กิจกรรมลดลง (Ahn, Lee, Jeong, Kim, & Park, 2015; จันทร์จิรา ลีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) ผู้ดูแลจึงต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลตามมา

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัจจัยสถานการณ์ของผู้ดูแล ชาย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลอย่างต่อเนื่อง เกือบตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนติดกับดักวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง (Doornbos, 2002; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องในการดูแล และไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยผู้ดูแล ที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาวะในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลในช่วงระยะเวลา ที่น้อยกว่า (Gaynor, 1990)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยคัดสรรที่ได้กล่าวมาในข้างต้นมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการ รับรู้ภาวะในการดูแล ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรรเหล่านี้กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถเขียนเป็น กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการการรักษา และติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 83 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาเพื่อติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้ดูแลชาย หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศชายทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บุตรชาย หลานชาย พี่ชาย น้องชาย และสามี มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และมีระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

ภาระของผู้ดูแลชาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลชายถึงผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินได้จากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจ และอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ โดยรู้สึก โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีอารมณ์ สนุกสนาน ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ รัชชัชย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ โดยประเมินได้จากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ เพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลชายต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ภรภัทร อิมโอสู, นางพิมพ์นิมิตรอนันท์, สุพัฒนา คำสอน และจารุวรรณ เหมะธร (2552)

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลชายด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นอุจจาระ 10) การกลั่นปัสสาวะ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012)

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนชั่วโมงของผู้ดูแลชายที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหนึ่งวัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบการวิจัย โดยมีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 อาการและอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.5 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลชาย
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.4 ผลกระทบของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมายภาวะของผู้ดูแล
 - 3.2 ผลกระทบจากภาวะของผู้ดูแล
 - 3.3 การประเมินภาวะของผู้ดูแล
4. ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ และยังเป็นสาเหตุการตายและความพิการอย่างถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ (Brainin, Teuschl, & Kalra, 2007) อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ เนื่องจาก วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ประกอบกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง

ในช่วงต้นของชีวิต จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ละน้อยจนปรากฏเป็นโรคเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มีความยืดหยุ่นลดลง และมีความแข็งกระด้างเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Eliopoulos, 2014; Touby & Jett, 2010) ซึ่งอายุที่มากขึ้น จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า ทุกอายุ 10 ปี ที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี (เจียมจิตร แสงสุวรรณ, 2555) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 65-75 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2552; Williams & Murray, 2013) ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 599 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ในช่วงอายุเฉลี่ย 65 ปี (Suwanwela, 2014) และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2550-2557 ซึ่งพบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่นอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยเท่ากับ 255.85 หรือเท่ากับ 161,008 ราย และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 352.30 หรือเท่ากับ 228,836 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) โรคหลอดเลือดสมองจึงจัดเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งของวงการสาธารณสุขที่ควรได้รับการรณรงค์และการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

1. ความหมาย คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะความบกพร่องของระบบประสาท ที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บเฉียบพลันบริเวณระบบประสาทส่วนกลางโดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะเนื้อสมองตาย สาเหตุจากการขาดเลือด ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง และภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการและการตาย (American Heart Association, 2013)

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของ โรคหลอดเลือดสมองว่า ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต (WHO, 1973 อ้างถึงใน ปรานี ทัพไพเราะ, 2555)

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ในการศึกษานี้ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทในผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือวัยผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีเลือดออกจากการแตกของหลอดเลือดบริเวณสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย กระบวนการคิดและการรับรู้ หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง

2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic stroke)

โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เกิดจากบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โดยอาจมีสาเหตุมาจากภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) จากการที่มีความดันเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรือตันตามมา (Thrombotic stroke) หรือเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น ๆ (Embolism) ที่สำคัญ เช่น ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ จากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้ลิ่มเลือดไปอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมอง (Embolic stroke) ซึ่งเมื่อมีการอุดตันแล้ว จะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็ก ๆ ที่เรียกว่า Lacunar infarction โดยสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อย ๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มักไม่ค่อยมีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับเลือดชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Thrift & Srikanth, 2010)

2.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากการแตกของเส้นเลือดสมอง ทำให้มีเลือดออกได้ในเนื้อสมองโดยโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) และภาวะเลือดออกภายใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) โดยภาวะเลือดออกในสมองมักมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งอายุที่มากขึ้นยังมีโอกาสเกิดโรคนี้อีกขึ้น และภาวะเลือดออกภายใต้เยื่ออะแรคนอยด์ส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง (Ruptured aneurysm) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดหลอดเลือดแดงโป่งพองในสมอง (Cerebral aneurysm) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; เกรียงศักดิ์ ลิมพัสดาน, 2555)

3. อาการและอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงบริเวณส่วนสมองต่าง ๆ โดยอาการอ่อนแรง (Motor) และสูญเสียความรู้สึก (Sensory) ของแขนและขาตรงข้ามรอยโรค ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และขาดสมาธิ (Decreased attention) เกิดจากหลอดเลือด Anterior cerebral artery ส่วนอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiparesis) การสูญเสียความสามารถในการใช้หรือเข้าใจภาษา (Aphasia) กลืนลำบาก (Dysphagia) สับสนและความจำบกพร่องเกิดจาก Middle cerebral artery อาการตามัว มองไม่เห็น กล้ามเนื้อถูกตาคผิดปกติ การทรงตัวเสีย เกิดจาก Posterior cerebral artery และอาการเวียนศีรษะ ฐู๊ตึก

บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซ และตากระตุกเกิดจาก Vertebrbasilar artery นอกจากนี้ อาจพบอาการอื่น ๆ จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของสมองมากขึ้น ได้แก่ อาการแสดงของความดันในกระโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ ตามัว อาเจียนพุ่ง หรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจมีอาการซึมลง หมดสติ หรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (ปราณี ฐิไพบเราะ, 2555)

4. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยง ทั้งในกรณีหลอดเลือดแดงแตกและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยพบว่า หากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (Artherosclerosis) ซึ่งจะเกิดขึ้นทีละน้อยเมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (Endothelium) ทำให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดขึ้นบริเวณนั้น โดยโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48 (กรมการแพทย์, 2552) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (จรรยา สันตยากร, 2554) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน และ ร้อยละ 17 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (American Heart Association, 2013)

โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจที่ทำให้เกิดการหลุดของลิ่มเลือด (Emboli) จากหัวใจไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) พบว่า มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้วร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง ผู้สูงอายุที่มีหลอดเลือดแดงตีบแคบ แต่ไม่มีอาการ พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบแคบ ในกรณีที่มีความตีบแคบน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 ของความกว้างของหลอดเลือด มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ไม่รวม TIA) เท่ากับ ร้อยละ 1.3 ต่อปี แต่ถ้าตีบแคบเกิน ร้อยละ 75 มีความเสี่ยงเท่ากับ ร้อยละ 3.3 ต่อปี (จรรยา สันตยากร, 2554)

โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวาน (กรมการแพทย์, 2550) เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีโรคทางกายที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันใน

เลือดสูง เป็นต้น จึงทำให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบหรืออุดตันในหลอดเลือดขนาดเล็ก

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ระดับ (Low Density Lipoprotein Cholesterol [LDL-C]) สัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง Carotid จึงถือได้ว่าภาวะ LDL-C ที่สูงกว่าปกติ เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยอ้อม การลดระดับ LDL-C ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10 ส่วนระดับ Triglycerides มีความสัมพันธ์กับพยาธิสรีรวิทยาของเยื่อหลอดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและอุดตันได้ง่าย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (ก้องเกียรติ คุ้มกันทรากร, 2553)

ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด TIA มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5 ในช่วง 7 วันแรก และร้อยละ 10-15 ในช่วง 90 วัน (ก้องเกียรติ คุ้มกันทรากร, 2553) นอกจากนี้ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอาจไม่มีอาการหรือมีอาการแสดง เช่น สติปัญญารับรู้ลดลง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-5 เท่า (เจียมจิตร แสงสุวรรณ, 2555)

การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุไทยสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.7 การสูบบุหรี่พบเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (กรมการแพทย์, 2550)

โรคอ้วน ผู้สูงอายุไทยมีน้ำหนักเกินจนไปถึงมีภาวะอ้วนโดยพบหนึ่งในห้า ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งผู้ที่มีภาวะอ้วนมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ จึงทำให้เสี่ยงต่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่า ผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุง คือ มีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตราย (LDL) ลดลงและไขมัน (HDL) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัวช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

การดื่มสุรา พบการดื่มสุราในผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 17.8 ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์

ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูงและทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ ลดการไหลเวียนของเลือด ไปสู่สมอง (กรมการแพทย์, 2550)

4.2 ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ เนื่องจาก วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผนังหลอดเลือดแข็ง ความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดขยายตัวได้น้อย อายุที่มากขึ้นมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า ทุกอายุ 10 ปี ที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี (เจียมจิตร แสงสุวรรณ, 2555) และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ถึง 30 ราย ต่อประชากร 1000,000 คนต่อปี และผู้ที่มีอายุ 75 ถึง 84 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,200 ถึง 2,000 ราย ต่อประชากร 1000,000 คนต่อปี (Amanda & Velandai, 2010)

เพศ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73.3 เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 30 ในขณะที่เพศหญิง พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ชนิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยส์มากกว่าเพศชาย แต่โดยทั่วไปเพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง แต่ถ้าเพศหญิงมีประวัติช้ำๆกุ่มกามันจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เพศหญิงมีโอกาสตายสูงกว่าเพศชาย (กรมการแพทย์, 2552)

พันธุกรรม ประวัติครอบครัวผู้สูงอายุที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

5. ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคที่สูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกาย ส่งผลทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการข้อไหล่ นิ้วมือ ข้อเข่าและข้อสะโพกติดแข็ง นิ้วเท้ามีการคั่งรังปลายเท้าตก พูดไม่คอยชด มีปัญหาทางด้านกรกลืนอาหาร มีปัญหาทางด้านกรควบคุมการขับถ่าย ไม่สามารถควบคุมได้ มีความผิดปกติทางกระบวนการคิดการรับรู้ ปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้มีความผิดปกติทางด้านกรพูดหรือออกเสียง ผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้ มีปัญหาทางด้านสติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ (นงนุช เพ็ชรรวง และคณะ, 2556; จรรยา สันตยากร, 2554; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552; Sackley et al., 2008)

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามเดิม มีความบกพร่องในการสื่อสาร โดยไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ หรือมีปัญหาพูดไม่ชัด ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ และทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าจะพบได้บ่อยในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังเกิดโรค (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2531 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2552; ซอผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง ของ Suttupong and Sindu (2012) พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 44 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงหรือต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม

5.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาจากความพิการการส่งผลทำให้ผู้ป่วย

มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง สัมพันธภาพกับเพื่อนลดลง และไม่สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ทำงานได้ตามเดิม ทำให้ขาดรายได้ และยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าเดินทางในการไปปรับการรักษา (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2552)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลชาย

บทบาทเพศ (Gender roles) เป็นบทบาทที่สังคมกำหนด แต่ละสังคมและกลุ่มคน มีความแตกต่างกันไป บทบาทเพศสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นสิ่งที่สังคมและวัฒนธรรมนั้น เห็นว่าเหมาะสมกับเพศใดเพศหนึ่ง นอกจากนี้ บทบาทเพศยังมีความหมายเกี่ยวพันไปถึงโอกาสที่แต่ละบุคคลจะสามารถเข้าถึงได้ และควบคุมทรัพยากรต่าง ๆ เพราะมีสิทธิ มีอำนาจ มีความรับผิดชอบ และถูกคาดหวังจากสังคมต่างกัน ที่สำคัญบทบาทเพศที่สังคมกำหนดไว้ ได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของชายหญิงในสังคมนั้น ๆ (ภัสสร ลิมานนท์, 2544 อ้างถึงใน สดสวย ทองมหา และคณะ, 2555) ซึ่งความเป็นชาย หมายถึง การแสดงออกถึงอัตลักษณ์ (Identities) ของผู้ชายโดยรวมถึงการนำเสนอตัวตนผ่านรูปลักษณ์ภายนอก เช่น การแต่งกาย รูปร่าง วิธีการดำเนินชีวิต ระบบความคิดความเชื่อ การแสดงออกทางพฤติกรรม ทางกายและอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ชายในทุก ๆ ด้าน โดยความเป็นชายนั้นมีลักษณะที่ไม่คงที่ หยุตหนึ่งหรือตายตัว

มีการเปลี่ยนแปลงได้อยู่ตลอดเวลา (วรรณภรณ์ สุขมาก, 2547)

บทบาทการดูแลผู้ป่วยในสังคมไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ นั้นเป็นผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจาก การอบรมบ่มเพาะในสังคมไทยคาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ดูแล ปรนนิบัติบุคคลในครอบครัว เพราะผู้หญิงมีความนุ่มนวลอ่อนโยน ละเอียดย่อน จากการศึกษาที่ บทบาททางเพศของคนในสังคม พบว่า การกำหนดบทบาททางเพศในสังคมไทยตั้งอยู่บนพื้นฐาน ความแตกต่างทางเพศ ผู้ชายมีหน้าที่รับผิดชอบงานนอกบ้าน มีหน้าที่หลักในการหารายได้ ผู้หญิง มีบทบาทเป็นแม่และภรรยา ถูกกำหนดให้รับผิดชอบงานในบ้าน ได้แก่ การดูแลลูก การดูแลรับใช้ ปรนนิบัติสามี การซักผ้ารีดผ้า การทำกับข้าว การจัดเก็บดูแลความสะอาดเรียบร้อยภายในบ้าน รวมทั้งการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย (สดสวย ทองมหา และคณะ, 2555)

ปัจจุบัน โครงสร้างทางสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป จากอดีตที่ครอบครัวไทยเป็น ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ครัวเรือนประเภทครอบครัวเดี่ยวเป็นครัวเรือน ที่มีมากที่สุดในปัจจุบัน คือ ร้อยละ 50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) จากรายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 16 และ ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 19 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) จากการที่บุตรหลานต้องออกไปทำงาน และจากโครงสร้างสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มีส่วนผลักดันให้ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ผู้หญิงมีส่วนร่วมในเชิงเศรษฐกิจ ของครอบครัว ความเหลื่อมล้ำในบทบาทระหว่างผู้หญิงและผู้ชายลดลง และมีแนวโน้มไปสู่ ความเสมอภาคมากขึ้น และพบว่าผู้ชายมีบทบาทในการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การเลี้ยงดูบุตร และงานการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งในครอบครัวเดี่ยวนั้นหากมีผู้หญิงในครอบครัวเจ็บป่วย งานการ ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นความรับผิดชอบของผู้ชายและผู้ชายต้องรับบทบาทหน้าที่นี้ไปอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ (สดสวย ทองมหา และคณะ, 2555) และจากการศึกษา ของ ระพีพรรณ พันธุ์รัตน์ (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครัวเรือนของชายไทย พบว่า ความสัมพันธ์ใน ครัวเรือนไทยยังคงเป็นแบบแผนเดิม คือ ยังมีการแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบงานในครัวเรือน ว่าเป็นความรับผิดชอบของสตรี ชายไทยเข้ามามีส่วนช่วยภรรยาทำกิจกรรมในครัวเรือนน้อยมาก และจากการศึกษาใน 8 กิจกรรม ได้แก่ การทำอาหาร การล้างถ้วยชาม การซื้ออาหาร การทำความสะอาด บ้าน การซักเสื้อผ้า การดูแลการเงินของครอบครัว การดูแลเด็กเล็ก การดูแลคนแก่ พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ชายมีส่วนร่วมเพียง 2 กิจกรรม นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 20.3 ของผู้ชาย ไม่ได้ช่วย ภรรยาทำกิจกรรมใดในครัวเรือนเลย และมีผู้ชายเพียง ร้อยละ 0.5 เท่านั้น ที่ช่วยภรรยา ทำทุกกิจกรรม หากการดูแลผู้ป่วยเป็นงานของผู้หญิงตามบทบาทเพศ เนื่องจาก เพศหญิงเป็นเพศ ที่มีความนุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่อ่อนหวาน มีความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ส่วนผู้ชายเป็นเพศ

ที่แข็งแรง บึกบึน ใช้กำลังรุนแรง ทำให้ผู้หญิงต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจนกลายเป็นวัฒนธรรม (ระพีพรรณ พันธุ์รัตน์, 2543) แต่ถ้าหากภรรยาหรือบุคคลภายในบ้านที่เคยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมาก่อน เกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม ผู้ที่จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยภายในบ้านนั้น ก็คือผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

จากการสำรวจผู้ดูแลของ National Alliance for Caregiving in Collaboration with AARP (2009) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลเพศชายในปี ค.ศ. 1996 มีเพียง ร้อยละ 19 และเพิ่มขึ้นมาเป็น ร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2009 และจากการสำรวจในรัฐแคลิฟอร์เนียในปี ค.ศ. 2009 พบว่า มีผู้ดูแลเพศชายสูงถึง 2.6 ล้านคน คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 43 ของผู้ดูแลทั้งหมด (California Research Bureau, 2014) โดยความเครียดที่เกิดจากการดูแล เป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลเพศชายตามมา และยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชายมีระดับความเครียดทางด้านอารมณ์สูงสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และมีสุขภาพโดยรวมที่ลดลง (National Alliance for Caregiving in Collaboration with AARP, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลเพศชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประมาณ ร้อยละ 17 ถึง ร้อยละ 27 (รสสุคนธ์ เจืออุปถัมภ์, 2553; อรอนงค์ ภูถนรงค์ และคณะ, 2555; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2557; อนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ, 2559) และการศึกษาในประเทศไทยของ คนองนิช ไชยวุฒิ (2547) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรชาย ร้อยละ 49.1 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ร้อยละ 85.5 โดยใช้เวลากการดูแลเฉลี่ย 13.40 ชั่วโมงต่อวัน และพบว่ามีปัญหาสุขภาพก่อนการดูแล ร้อยละ 30.9 และระหว่างการดูแล ร้อยละ 56.4

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันทั่วโลกและในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เพศชายมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลมากขึ้น และด้วยบริบทของผู้ดูแลเพศชายที่ไม่เคยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมาก่อน ประกอบกับลักษณะพฤติกรรมของเพศชายที่มีความเข้มแข็ง อดทน มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และไม่ชอบเปิดเผยความรู้สึก (Baker et al., 2010) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเพศชายเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเพศชาวนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ หรือไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ ทำให้นำมาซึ่งการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

2. ความหมายของผู้ดูแล

รัชณี สรรเสริญ (2551) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การ

ดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจาก โรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ อันมีผลให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง หรือการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือแหล่งอาศัยในชุมชน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล สอดคล้องกับ Deborah (2012) ที่ให้ความหมาย ญาติผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย โดยมีได้ค่าตอบแทน เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านก็ได้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่การดูแลมากกว่าจากเดิมในความสัมพันธ์ของครอบครัว ซึ่งมีความหมายไปในแนวทางเดียวกันกับ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ที่ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นเครือญาติ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

สรุป ความหมายของผู้ดูแลในการศึกษารั้งนี้ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่เจ็บป่วยหรือผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นญาติ และสามี โดยให้การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัล

3. ประเภทของผู้ดูแล

มีนักวิชาการได้การแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal carers/ Caregiver) และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal carers/ Caregiver) (Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992; Alzheimer Research Center, 2003 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

3.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal cares/ Caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลที่เป็นทางการแบ่งตามความเป็นวิชาชีพ ได้ดังนี้

3.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันที่ชัดเจน มีชื่อเรียกที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย มีใบประกอบวิชาชีพ มีกฎหมายคุ้มครองการให้บริการ และมีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลและช่วยเหลือสมาชิกผู้ดูแลกลุ่มนี้ มักเป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน

3.1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-professional caregiver) อาจเรียกว่าเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่

ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หมายถึง กลุ่มให้บริการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาก่อน และให้การดูแลผู้อื่น โดยได้รับค่าจ้าง ให้การดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น ช่วยเหลือในการอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการบริการที่บ้าน

ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน แต่เข้ามาทำหน้าที่ในการให้การดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเอง ประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแล

ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร หมายถึง ผู้ที่มีความยินดีให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ และเคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นระยะเวลาอย่างน้อย 3-5 วัน ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐ

3.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal carers/ Caregiver) หมายถึง กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่า เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน และที่สำคัญคือ ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแล อาจจะมาจกความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลหลายคน

3.3 การแบ่งประเภทอธิบายลักษณะตามมิติ จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2557) ได้อธิบายลักษณะตามมิติต่าง ๆ ไว้ดังนี้

3.3.1 แบ่งตามมิติความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่นสมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน

ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้าน หรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

3.3.2 แบ่งตามมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล

ผู้ดูแลหลัก (Main caregiver หรือ Primary caregiver) คือ บุคคลที่ให้การดูแลโดยระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพต่างกัน จะมีระดับความเครียดจากการดูแลที่ต่างกัน กลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือดูแล

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

4. ผลกระทบของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรม บางรายมีอาการปวดหลัง จากการยกผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องหรือเกินกำลังตนเอง เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลียไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา หรือรับประทานอาหารได้ลดลง และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามการรักษา (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) สอดคล้องกับการศึกษา ของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า ภาระและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ร้อยละ 70 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพร่างกายลดลง เกิดความเจ็บป่วยตามมา มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา น้ำหนักลด อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเดิม

มีอาการรุนแรงขึ้น หรือควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับบาดเจ็บจากการดูแล

4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ โรคหลอดเลือดสมองส่งผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล และการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จึงทำให้เกิดความกดดัน ความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด และหมดกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2553; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2556) เรื่อง ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดและนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 58 โดยมีความเครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยทำให้คนในครอบครัวต้องปรับตัว และพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสะสมเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล (เชิดชาย ชยวิฑูโล, 2559) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีสถานะเป็นคู่สมรส (Berg, Palomaki, Lonnqvist, Lehtihalmes, & Kaste, 2005) และการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2557) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและเรื้อรัง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล มี 3 ลักษณะ ได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล เครียด พบเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ วิตกกังวล หงุดหงิดกับขี้ใจ และเครียดกับสภาพที่ต้องเป็นผู้ดูแล อารมณ์เศร้าพบเกือบ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกสงสารท้อแท้ น้อยใจ ร้องไห้ คิดอยากหนีออกจากบ้าน และอารมณ์เครียดรุนแรง และยังพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกคิดฆ่าตัวตาย ทะเลาะ หรือทำร้ายผู้สูงอายุ ร้อยละ 4 นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และไม่สามารถดูแลตนเองได้อีกต่อไป

4.3 ผลกระทบทางด้านสังคม บทบาทและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง จากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2557) พบว่า ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึง ร้อยละ 86 จากการทำผู้ดูแลผู้ป่วยต้องตกอยู่กับสถานะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน และขาดโอกาสทำกิจกรรมส่วนตัว ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนา และขาดการพักผ่อน และนอกจากนี้ พบว่า การดูแลที่ขาดการสนับสนุนและถูกผลักภาระให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกือบ ร้อยละ 38 ของผู้ดูแลมีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และผลกระทบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ พบว่า เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้บางรายต้อง

พิการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเดิม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ เมื่อหัวหน้าครอบครัวเกิดความพิการ ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ต้องปรับบทบาทหน้าที่มาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2553; วิลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552)

4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการเงิน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (ชวลีกร ทาทอง, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2557) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการแสวงหาการรักษาทุกประเภท พบถึง ร้อยละ 45 และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแล เช่น แพนเพิร์ส พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 30 มีรายได้ลดลง เนื่องจากต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน ทำให้บางครอบครัวไม่มีเงินเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่าย เกิดปัญหาด้านหนี้สินตามมา และผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลนั้นได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดรับรู้ภาระในการดูแลที่มากยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

แนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล

การศึกษาภาระในผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ นั้นมีมากมาย ทำให้เกิดมุมมองในเรื่องแนวคิดของภาระผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลาย โดยภาระของผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเด็ก กลุ่มสมรส และผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลก็จะมีภาระที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการรับรู้ภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนขึ้นไป (Bull et al., 1990) และภาระของผู้ดูแลยังจัดว่าเป็นผลกระทบทางด้านลบอย่างหนึ่งที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Vellone et al., 2011) และยังพบว่าผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแล ร้อยละ 25 ถึง ร้อยละ 54 หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Rigby et al., 2009)

1. ความหมายภาระของผู้ดูแล

Montgomery, Stull, and Borgatta (1985) ได้ให้ความหมาย ภาระของผู้ดูแลโดยแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ Objective burden คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ และ Subjective burden คือ การรับรู้ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับ Fuh, Wang, Liu, and Wang (1999) ที่ได้ให้ความหมายโดยรวม ภาระของผู้ดูแล หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และร่างกายของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและความคิด มีความหมายไปในทิศทางเดียวกับ Dillehay and Sandys (1990) ที่ได้ให้ความหมาย ภาระของผู้ดูแล หมายถึง สถานะทางจิตของผู้ดูแลเป็นผลจากการที่ร่างกายทำงานหนัก มีความกดดันทางด้านอารมณ์ ความกดดันจากสังคม และมีความจำกัดทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน สอดคล้องกับ Zarit et al. (1980) ที่ได้กล่าวถึง ภาระของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับการศึกษาในไทย ของ สุธิสา เต็มทับ, สุดศิริ หิรัญชุนหะ และอังศุมา อภิชาติ (2548) ที่ได้ให้ความหมายของ ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ทักษะที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของ ภาระของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตาม Zarit et al. (1980)

2. ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการและเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระตามมา นำมาซึ่งส่งผลกระทบจากภาระของผู้ดูแล โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพร่างกายลดลง เกิดการเจ็บป่วยตามมา (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; ศิราณี ศรีหาค และคณะ,

2557) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่งผลกระทบต่อร่างกายของตนเอง เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นและการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย โกรธ หรือลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2553; ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2557; เชิดชาย ชยวัชโธ, 2559) และอาจรู้สึกที่ผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากเกินไป และบางครั้งผู้ดูแลอาจตำหนิตนเอง มองว่าตนเองยังทำหน้าที่ในการดูแลได้ไม่ดี และด้วยโรคที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการตามมา มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม อาจส่งผลให้ผู้ดูแลกลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วย

ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้บทบาททางสังคมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในการเข้าสังคมลดลง ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ทั้งเพื่อน และชุมชนลดลง ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลที่ขาดการสนับสนุนจะถูกผลกระทบให้ดูแลเพียงลำพัง (ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2557) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ดูแลมองว่าตนเองถูกจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและมีความเป็นส่วนตัวที่ลดลง

ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องออกจากงานประจำเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรืออาจทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลรู้สึกขาดรายได้ และต้องมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น จากการมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน (ชุลีกร ทาทอง, 2550; ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2557) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีรายได้หรือเงินเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย

3. การประเมินภาระของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือสำหรับประเมิน ภาระของผู้ดูแลอย่างมากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคจิตเภท โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โดยพบการประเมินภาระของผู้ดูแลในแบบต่าง ๆ ดังนี้

แบบประเมิน Caregiver Burden Scale ของ Elmståhl, Malmberg, and Annerstedt (1996) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ความเครียดทั่วไป (General strain) การถูกแบ่งแยก (Isolation) ความผิดหวัง (Disappointment) การมีส่วนร่วมทางด้านอารมณ์ (Emotional involvement) และ Environment (สิ่งแวดล้อม) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory ของ Novak and Guest (1989) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ความเครียดส่วนบุคคล (Personal distress) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรำคาญของชีวิต (Life upset) และความรู้สึกทางด้านลบ (Negative feelings) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

แบบประเมิน Zarit Burden Interview ของ Zarit and Zarit (1990) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน ซึ่งชัชวาลย์ ภูทิสริ และคณะ (2554) ได้นำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ภูทิสริ และคณะ (2554) ซึ่งแปลมาจาก Zarit Burden Interview ของ Zarit and Zarit (1990) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นโรคที่ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้เครื่องมือนี้เพื่อความเหมาะสมในการประเมินภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยรายละเอียดที่เกี่ยวกับเครื่องมือ มีดังต่อไปนี้

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบวัดนี้ได้นำมาแปลให้เป็นฉบับภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ภูทิสริ และคณะ (2554) โดยแบบวัดนี้ก่อนนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย ผู้แปลได้ดำเนินการติดต่อ Dr. Steven H. Zarit เพื่อขออนุญาตพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้เป็นฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้กับงานวิจัยของคนไทย และหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ได้แปลแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยตรงกับแนวคิดในข้อคำถาม หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความชำนาญด้านภาษาทั้งสองภาษา จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยในสาขาการพยาบาลชุมชนและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ของคนไทย หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่า แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Transactional model of stress and coping) ของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่ออธิบายการเกิดภาวะของผู้ดูแลชาย ซึ่งทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลจากการเผชิญของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบไปด้วยโครงสร้างหลัก 4 ส่วนด้วยกัน โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influencing factors) กล่าวถึง ปัจจัยบุคคล (Personal factors) ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และปัจจัยสถานการณ์ (Situation factors) เป็นปัจจัยที่กล่าวถึง ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งปัจจัยบุคคลและปัจจัยสถานการณ์จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา

2. กระบวนการคิดและประเมิน (Cognitive appraisal) กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ ซึ่งมีผลซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการคิดและประเมินประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 กระบวนการประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการที่บุคคลจะประเมินและตัดสินใจ ว่าสถานการณ์นั้นมีความสำคัญและความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร ส่งผลไปในทิศทางบวกหรือด้านที่ติดต่อบุคคล ไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคล หรือส่งผลไปในทิศทางลบ เกิดผลเสียหรือความเครียด

2.2 กระบวนการประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) กระบวนการนี้จะเป็นการประเมินหาแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะใช้จัดการกับสถานการณ์นั้นที่เกิดขึ้น

2.3 การประเมินใหม่อีกครั้ง (Reappraisal) เป็นการประเมินตัดสินที่ขึ้นอยู่กับผลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ คือ การให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง

3. กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping) โดยกระบวนการนี้จะนำแหล่งประโยชน์ที่ได้จากกระบวนการประเมินชนิดทุติยภูมิ มาใช้เพื่อพยายามในการจัดการกับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดจัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมี 2 ลักษณะ ได้แก่

3.1 การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยจัดการที่ตัวปัญหา มุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม

3.2 การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดหรือสถานการณ์นั้นส่งผลเสียต่อตนเอง

4. ผลลัพธ์ (Outcome) กล่าวคือ ผลที่ได้หลังจากการปรับตัว (Adaptation) ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถปรับตัวได้ ผลลัพธ์ที่ออกมาจึงอยู่ในผลลัพธ์ด้านบวก (Positive outcome) ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ความรู้สึก และถ้าหากบุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามกับตนเองได้ ก็จะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ผลลัพธ์ที่ออกมาจึงอยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ทางด้านลบ (Negative outcome) ของอารมณ์ความรู้สึกหรือความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีนี้ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองจัดว่าเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลชาย โดยการรับรู้ภาวะที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลชายนั้น เกิดจากปัจจัยบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ของผู้ดูแลชาย ถ้าหากผู้ดูแลชายไม่สามารถเผชิญความเครียดหรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามได้ จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดภาวะของผู้ดูแลชายในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามมา ซึ่งภาวะในการดูแลจัดว่าเป็นผลลัพธ์ทางด้านลบอย่างหนึ่งของกระบวนการเผชิญ ความเครียด โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ดังต่อไปนี้

ความเครียดจะส่งผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย 2 ระบบที่สำคัญ ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาเทติก จัดว่าเป็นระบบประสาทอัตโนมัติอย่างหนึ่ง โดยเมื่อบุคคลเกิดความเครียดต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ ร่างกายจะตอบสนองด้วยระบบประสาทซิมพาเทติก โดยจะไปกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนในให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟริน ส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น น้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น ภูม่านตาขยาย ระบบทางเดินหายใจโล่งขึ้น เพื่อเข้าสู่สภาวะเตรียมร่างกายให้พร้อม สำหรับการต่อสู้หรือเผชิญปัญหา และอีกระบบหนึ่งที่สำคัญ คือ แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ระบบนี้จะทำงานเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิกฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic hormone [ACTH]) ออกมา โดยฮอร์โมนนี้จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) อีกครั้งทำให้เกิดการหลั่งของคอร์ติซอลฮอร์โมน (Cortisol hormone) ฮอร์โมนนี้อาจเรียกได้ว่าเป็น “Stress hormone” ซึ่งฮอร์โมนนี้ถ้ามีมากเกินไปภายในร่างกาย จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา เช่น เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ไม่อยากรับประทานอาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Varcariolis et al., 2006; Kalat, 2013)

ดังนั้น ภาระในการดูแลจึงจัดว่าเป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบบางอย่างเหล่านี้ ๆ ตามมา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแล เพื่อนำมากำหนดเป็นปัจจัยในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เป็นผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย และการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยเกิดจากความกดดัน ความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด และหมดกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปนาน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล (เชิดชาย ชยวิฑูโร, 2559)

ความหมายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกเศร้า เฉื่อยชา รู้สึกว่างเปล่าที่รุนแรงกว่าความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกหมดแรง รู้สึกผิด กินไม่ได้ ถ้าหากเป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน จะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความหมายคล้ายกับสมภพ เรื่องตระกูล (2542) ที่ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเสียและคงอยู่เป็นเวลานาน และมีอาการแสดงออกในหลาย ๆ อย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดเชิงซ้ำ มีความคิดอยากตาย สอดคล้องกับความหมายของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ โดยรู้สึก โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีอารมณ์สนุกสนาน ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง

สำหรับการศึกษานี้ ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ โดยรู้สึก โศกเศร้าเสียใจ

หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมคหวัง ไม่มีอารมณ์สนุกสนาน ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง ตาม รัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล การศึกษาที่ผ่านมาพบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ รัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ของ Radloff (1977) แบบประเมินประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัตถุประสงค์ทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ รัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) เนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสม ครอบคลุมในทุกมิติของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล และได้มีการใช้อย่างแพร่หลาย และแบบประเมินนี้ยังมีคุณภาพของเครื่องมือที่เหมาะสม โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ .86 (รัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายกับภาระของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาที่มีปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแล ดังนี้

การศึกษาของ Rigby et al. (2009) โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choi-Kwon et al. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุง โซล ประเทศเกาหลีใต้ โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 340 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายภาระของผู้ดูแลได้ร้อยละ 43.1 ($p < .05$) และผลการศึกษาของ McCullagh et al. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลหลังจากดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน และ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .52, r = .62$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tang et al. (2011) ที่ศึกษาภาระของญาติผู้ดูแลชาวจีนที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .50$) สอดคล้องกับผลการศึกษา Jaracz et al. (2012) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .57$) เช่นเดียวกับผลการศึกษา Jaracz et al. (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .57$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kruithof et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะของผู้ดูแลและปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นคู่สมรส พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .493$) และนอกจากนั้นยังพบการศึกษาในไทย ของ รศรณัฏฐิ ภาคภากร (2557) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยเช่นกัน โดยพบการศึกษาของ วุฒรากร ประณีล และคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .549$) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = .516$) การที่ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล และเมื่อระยะเวลาผ่านไปนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559) โดยผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีสภาวะทางอารมณ์ที่ลดลงและไม่มั่นคง ร่วมกันมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ในเชิงของความสูญเสีย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมองว่า การดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นอุปสรรคและปัญหาที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหมดหวังและมีความคิดด้านลบต่ออนาคตตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะในการดูแลตามมา (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559; Choi-Kwon et al., 2005; Tang et al., 2011; รศรณัฏฐิ ภาคภากร, 2557)

ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันก็ตาม กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล แต่การศึกษาที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลทั้งชายและหญิงกับภาวะในการดูแล ยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ดูแลชาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษารุ่นนี้

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ด้อยพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวและเผชิญ

ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1995) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวนั้นจะต้องมีการประสานกัน ในกระบวนการดูแลต่าง ๆ (Keith, 1995) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึก ไม่พึงพอใจ ในบทบาทการเป็นผู้ดูแล (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) และสัมพันธภาพที่ดีส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ไปในทิศทางที่ดี (ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555)

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพอย่างหลากหลาย โดย อัญชุลี จูประ (2536) ได้ให้ความหมายของ สัมพันธภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์และความผูกพัน ซึ่งประกอบไปด้วยความพึงพอใจ และการปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกแต่ละบุคคล มีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีความหมายไปในแนวทางเดียวกันกับ อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) โดยกล่าวว่า สัมพันธภาพ คือ การที่สมาชิกมีความผูกพัน รักใคร่ ประองคองกัน และสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับความหมายของ เพียงใจ ศิริไพรวงศ์ (2540) ที่ให้ความหมาย สัมพันธภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ

สำหรับการศึกษานี้ ให้ความหมายของ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ ตาม เพียงใจ ศิริไพรวงศ์ (2540)

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ เพียงใจ ศิริไพรวงศ์ (2540) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนม ของ Walker and Thompson (1983) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิด และคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน โดยการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือก แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ เพียงใจ ศิริไพรวงศ์ (2540) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนม ของ Walker and

Thompson (1983) เนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสมและเคยนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ และจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากมายหลายกลุ่ม โดยพบว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 (กานต์ สุธรรมเทวกุล, 2558)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ เพ็งใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแล ทั้งนี้สัมพันธภาพอาจขึ้นอยู่กับชนิดความสัมพันธ์ของผู้ดูแล หรือระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และผลการศึกษาของ Kruithof et al. (2016) พบว่า คู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง หลังจากออกโรงพยาบาลและให้การดูแลเป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่า ผู้ดูแลเกิดภาระในระดับสูง ร้อยละ 47.2 และให้การดูแลเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลเกิดภาระในระดับสูง ร้อยละ 42.5 ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลหลังจากให้การดูแลระยะเวลา 2 เดือน และ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.456, -.319$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeong et al. (2015) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.234$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanh et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมืองไฮ่เซียง ประเทศเวียดนาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.43$) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การดูแลที่แสดงออกมา จึงเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Vellone et al., 2011; Hanh et al., 2017) ทำให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไปในทิศทางที่ดี (อรินทร์ จรูญสิทธิ์, 2554; ศรีธนา แสงมณีและคณะ, 2555) จึงอาจกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตามมา

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมานั้นเป็นการศึกษาภาระในการดูแล โดยรวมทั้งผู้ดูแลชายและหญิง ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล ซึ่งยังไม่มี การศึกษาใดที่ทำการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะนำตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาหา ความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Subjective measurement) โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ของบุคคลที่มีต่อสุขภาพตนเองในแต่ละเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล ขึ้นกับประสบการณ์ ความคาดหวังต่อสุขภาพ อายุ สังคม วัฒนธรรม สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ สถิติปัญญา การเรียนรู้ และสภาพอารมณ์ของบุคคล (Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตจะมีแรงจูงใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพมากขึ้น จากประสบการณ์บุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีจะทำให้เกิดความรู้สึกดี มีความผาสุก และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทำให้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคล ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ในการประเมินสุขภาพ ตนเอง บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender & Pender, 1987)

ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมายของ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลชายต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพตนเอง ในแต่ละเวลา โดยการศึกษาที่ผ่านมามี แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่ประกอบไปด้วยคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน โดยให้ประเมิน ตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกโดยทั่วไปว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือก แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่ประกอบไปด้วยคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน โดยให้ประเมิน

ตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกโดยทั่วไปว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี เนื่องจากแบบวัดมีข้อคำถามน้อยไม่ซับซ้อน และเข้าใจง่าย เหมาะสมกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่แสดงออกถึงภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมในปัจจุบัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายกับภาระของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล (Rigby et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Choi-Kwon et al. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeong et al. (2015) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.329$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanh et al. (2017) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.31$) ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงการส่งเสริมในการออกกำลังกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกแยก และเหน็ดเหนื่อยจากการที่ดูแลผู้ป่วย (Jeong et al., 2015) ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจมองว่าสุขภาพตนเองแย่ลงจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ดูแลมีการรับรู้สุขภาพที่ไม่ดีนั้น หมายถึง ผู้ดูแลกำลังมีปัญหาด้านสุขภาพ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น เพราะจะต้องดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเดิมมีอาการกำเริบ (ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2555)

ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันก็ตาม กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแลชายและหญิงกับภาระของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายมาหาความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่าง ๆ ทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นแหล่ง

ประโยชน์ของบุคคลในการบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแล

ความหมายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย

Weinert (2000) ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวและสังคมเมื่อเกิดปัญหา หรือความยุ่งยาก โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความรัก ความผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับ House (1981) ที่ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ ทางการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และมีความหมายสอดคล้องกับ Brandt and Weinert (1985 อ้างถึงใน รัชฎาภรณ์ คานพแก้ว, 2547) ที่ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความช่วยเหลือ ประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความผูกพันรักใคร่ ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเอื้อประโยชน์ และการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

สำหรับการศึกษานี้ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ตาม House (1981) โดยรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติทำให้บุคคลนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลการย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเงิน

สำหรับการศึกษานี้ ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ภรภัทร อิม โอลู และคณะ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ภรภัทร อิม โอลู และคณะ (2552) เนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสม และเคยนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับการศึกษานี้ และครอบคลุมในทุกมิติของผู้ดูแล และนอกจากนั้นยังพบว่า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ มีคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 (ภรภัทร อิม โอลู และคณะ, 2552)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบหลายการศึกษาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการศึกษาของ Chiou et al. (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.22$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jaracz et al. (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.27$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jaracz et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kruithof et al. (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.28$) เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็น

ภาระแก่ตน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับว่าเป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งที่ผู้ดูแล ต้องเผชิญ อยู่ตลอดเวลา จึงอาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงนับเป็น แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ ในชีวิตที่เกิดขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นใน สังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบาก ที่เกิดขึ้น และมีความเครียดลดลง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาระในการดูแลตามมา (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล แต่ก็ยังไม่มีการศึกษา ใด ที่ทำการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายกับภาระของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา นั้นเป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแลชายและหญิงกับภาระของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย มาหาความสัมพันธ์กับภาระ ของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้

5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการตามมา มีผลต่อ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย เกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มี 2 ชนิด ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living [BADL]) และความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living [IADL]) ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันนั้น เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในการทำ กิจกรรมเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันไว้ ดังนี้

Mahoney and Barthel (1965) กล่าวว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร หวีผม

การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นกิจวัตรที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตเป็นประจำ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และอีกหนึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การเคลื่อนที่นอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงิน/ แลกเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ให้ความหมายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ต่อหน้า 2) การล้างหน้า หิวผม แปร่งฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้สุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น 4 ระดับ

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบคลุมในมิติทุกด้านของการทำกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชาย

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ก่อนหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้สุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ มีแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีปัญหาในการเคลื่อนไหวของร่างกาย อาการเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรม เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะของผู้ดูแลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาของ McCullagh et al. (2005) โดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลหลังจากให้การดูแล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.18$) และหลังจากให้การดูแล 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.15$) สอดคล้องกับผลการศึกษา Jaracz et al. (2012) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ogunlana et al. (2014) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.676$) และผลการศึกษาของ Kruithof et al. (2016) ก็เช่นเดียวกัน โดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.271$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ilse, Feys, De Wit, Putman, and De Weerd (2008) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลหลังจากให้การดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.28$) ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลอาจนำมาสู่การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลได้มากยิ่งขึ้น หากผู้ดูแลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ และนอกจากนั้นยังพบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับรู้เป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกรับรู้เป็นภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.25$) และการศึกษาของ วัชรการ

ประนิต และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.259$) จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาภาระในภาพรวมทั้งผู้ดูแลชายและหญิง ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเฉพาะภาระของผู้ดูแลชาย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาหาความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษารุ่นนี้

6. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่มักพบหลังจากเกิดโรค ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือผลจากความพิการเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความบกพร่องในการสื่อสารไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559; Suttupong & Sindu, 2012)

ความหมายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมภพ เรืองตระกูล (2542) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้ารู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการสูญเสียและคงอยู่เป็นเวลานาน และมีอาการแสดงออกในหลาย ๆ อย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดเชิงซ้ำ มีความคิดอยากตาย ซึ่งมีความหมายคล้ายกับ กรมสุขภาพจิต (2546) ที่ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า เฉื่อยชา รู้สึกว่างเปล่าที่รุนแรงกว่าความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกหมดแรง รู้สึกผิด กินไม่ได้ ถ้าเป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน จะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ก็ได้กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่น โดยกล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความหมายของ

ภาวะซึมเศร้า ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) มีความจำเพาะกว่า เนื่องจากได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ตาม Wongpakaran and Wongpakaran (2012)

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาที่ผ่านมาพบแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบวัดประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสมใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในทุกมิติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และนอกจากนั้น ยังพบว่าแบบวัดนี้มีคุณภาพของเครื่องมือที่เหมาะสม โดยการศึกษาที่ผ่านมาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .85 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะของผู้ดูแล

จากการทบทวรรณกรรมพบการศึกษาของ Rigby et al. (2009) โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McCullagh et al. (2005) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลหลังจากดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน และ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .45, r = .50$ ตามลำดับ) และผลการศึกษาของ Tang et al. (2011) ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .306$) สอดคล้องกับผลการศึกษา Jaracz et al. (2012) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .32$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kruithof et al.

(2016) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .468$) และผลการศึกษาของ Ilse et al. (2008) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแลหลังจากให้การดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .28$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ภาวะจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และเมื่อมีภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสุขภาพแย่งลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระจากการดูแลผู้สูงอายุทางด้านจิตใจ และอารมณ์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงทำให้รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์และร่างกาย ได้ดีกว่าบุคคลอื่น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแล และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลทั้งชายและหญิง ยังไม่มีการศึกษาใด ที่ศึกษาเฉพาะภาระของผู้ดูแลชาย ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นหนึ่งในปัจจัยที่นำมาหาความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการตามมา และเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ยิ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลก็ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และถ้าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองช่วยเหลือตนเองได้มาก ผู้ดูแลก็จะใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง

ความหมายของระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็นหลายแบบ ทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน

และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อปี ซึ่งไม่ว่าจะแบ่งระยะเวลาแบบใดก็ตาม ต่างก็มีความสำคัญต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนชั่วโมงของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหนึ่งวัน

การประเมินระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินหลายแบบ ทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อปี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะของผู้ดูแลชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Chiou et al. (2009) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้านในประเทศไต้หวัน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .14$) และกล่าวว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะจากการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา Jaracz et al. (2012) โดยพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .39$) และผลการศึกษาของ Jaracz et al. (2014) ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .38$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gbiri et al. (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 157 ราย ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 60.5 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .33$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeong et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 238 ราย พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .19$) และผลการศึกษาของ Hanh et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมืองไฮ่เซื่อง ประเทศเวียดนาม จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

($M = 38.18$, $SD = 14.57$) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 8.11 ชั่วโมง และพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .41$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรกร ประนิล และคณะ (2558) พบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.243$) การดูแลที่ต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลที่เหนื่อย เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง (Doombos, 2002; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องใช้เวลาทำงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ จากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2557) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาระในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลในช่วงระยะเวลาสั้น (Gaynor, 1990) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลทั้งชายและหญิง ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเฉพาะภาระของผู้ดูแลชาย ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กล่าวโดยสรุป โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งนั้นมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดที่มีความยืดหยุ่นลดลง และมีความแข็งกระด้างเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด การพาไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น รวมทั้งต้องดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ นั้น มักเป็นผู้หญิงที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัว เนื่องจากบริบทของสังคมไทยที่คาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยภายในครอบครัว แต่ปัจจุบัน โครงสร้างของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและลักษณะของครอบครัวไทย ส่งผลให้ผู้ชายและผู้หญิงมีความเสมอภาคกันมากขึ้น จึงทำให้ผู้ชายมีบทบาทในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งบทบาทในการดูแลอาจเป็นบทบาทใหม่สำหรับผู้ชาย จากการที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ประกอบกับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลชายไม่สามารถ

ปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ทำให้เกิดภาระในการดูแลตามมา ซึ่งภาระในการดูแล จัดว่าเป็นผลลัพธ์ทางด้านลบอย่างหนึ่งตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวได้ของผู้ดูแลชายต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลทั้งชายและหญิง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่น่าปัจจัยเหล่านี้มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชาย โดยปัจจัยคัดสรรเหล่านี้อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลชายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการการรักษา และติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการการรักษาและติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ดูแลชาย

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บุตรชาย หลานชาย พี่ชาย น้องชาย และสามี
4. ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล
5. กรณีที่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) จะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยประเมินได้จากการใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) คะแนนอยู่ในช่วง 0-7 ถือว่า ไม่มี ความผิดปกติทางการรับรู้

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง
3. มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยประเมินได้จากการใช้แบบทดสอบ

ความผิดปกติทางการรับรู้ คะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน แปลว่า ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นหนึ่งในปัจจัยคัดสรรที่นำมาหาความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชาย ดังนั้น จึงต้องมีการประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

4. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือรุนแรงตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัย
- การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) โดยกำหนดการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาแบบทางเดียว (One tailed test) และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Jaracz et al. (2012) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับภาวะของผู้ดูแลมีค่าเท่ากับ .27 ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Correlation H_1 เท่ากับ .27 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 83 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ชนิดการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ตามขั้นตอนดังนี้

1. คลินิกประสาทวิทยาเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 6 วัน คือ วันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 6.00 น.- 14.00 น. โดยในแต่ละวันจะมีการนัดผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า และมีการจัดเพิ่มเวชระเบียนไว้ล่วงหน้าก่อนหนึ่งวันที่ผู้ป่วยจะมาใช้บริการ
2. ในหนึ่งวันก่อนที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกประสาทวิทยา ในการคัดเลือกรายชื่อผู้ดูแลชายและผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากเพิ่มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในวันรุ่งขึ้น
3. ในวันที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามที่กำหนดไว้ แล้วนำรายชื่อทั้งหมดของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาทำฉลากเพื่อเป็นกลุ่มประชากร และทำการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบ ไม้ใส่คืน และนำรายชื่อที่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย
ดำเนินการเช่นนี้ทุกครั้งที่ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยวันละ 3-4 ราย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ
ตามจำนวน 83 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง
กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ดูแลชาย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม
ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด ดังนี้

1. แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้วิจัยแปลมาจาก แบบทดสอบความผิดปกติ
ทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) ของ Brooke and Bullock (1999)
ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น โดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมาพบ
ความไวของเครื่องมือ (Sensitivity) ร้อยละ 90 ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (Specificity)
ร้อยละ 100 และในสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีความไวของเครื่องมือ ร้อยละ 78 ความจำเพาะ
เจาะจงของเครื่องมือ ร้อยละ 100 โดยผู้วิจัยทำการแปลเครื่องมือตามขั้นตอนของ Sperber, Devellis,
and Boehlecke (1994 cited in Sperber, 2004) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยจะทำการแปลชุดต้นฉบับ
จากภาษาอังกฤษเป็นไทย โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกันแปล ขั้นตอนที่ 2 ทำการ
แปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้ที่มีความสามารถใช้ทั้งสอง
ภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual person) และขั้นตอนที่ 3 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาอังกฤษ
ต้นฉบับ (Original english version) กับชุดภาษาอังกฤษที่ทำการแปลย้อนกลับ (Back-translated
english version) เป็นการเปรียบเทียบความใกล้เคียงของการใช้ภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ
โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษทั้งหมด 5 ท่าน ในการเปรียบเทียบความใกล้เคียงของการใช้ภาษา
(Comparability of language) และความใกล้เคียงของการตีความ (Similarity of interpretability)
จะให้คะแนนเป็นรายชื่อ โดยแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ (1 = มีความใกล้เคียงของการ
ใช้ภาษา/ การตีความ และ 7 = ไม่มีความใกล้เคียงของการใช้ภาษา/ การตีความ) แล้วนำคะแนนใน
แต่ละข้อที่ได้ มาคำนวณหาค่าเฉลี่ย หากข้อคำถามใดมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3 คำถามนั้นจะนำมาพิจารณา
ใหม่อีกครั้งในการปรับปรุงภาษาและประเมินซ้ำ จนได้ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้
การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษาของเครื่องมือ ได้ผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการใช้ภาษารายชื่อ อยู่ระหว่าง 1.2-2.4	คะแนน
คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการตีความรายชื่อ อยู่ระหว่าง 1-2.2	คะแนน

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษา และความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004) เครื่องมือนี้ จึงถือว่ามีความเที่ยงตรงของการแปลภาษา โดยในแบบทดสอบจะมีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อที่ 1 การถามปีในปัจจุบัน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 2 การถามเดือนในปัจจุบัน และข้อที่ 4 การถามเวลาในปัจจุบัน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 3 คะแนน

ข้อที่ 3 ให้ผู้ทดสอบจำที่อยู่โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอและจังหวัด เพื่อนำไปถามในข้อสุดท้ายคือ ข้อที่ 7 โดยข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน

ข้อที่ 5 การให้นับเลขถอยหลัง 20 ถึง 1 และข้อที่ 6 การให้นับเดือนถอยหลังใน 1 ปี เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 7 การทดสอบความจำโดยถามกลับเกี่ยวกับที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วนที่ให้จำก่อนหน้านั้นในข้อที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ส่วน ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิด 2 ส่วน ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบผิด 3 ส่วน ให้ 6 คะแนน

ถ้าตอบผิด 4 ส่วน ให้ 8 คะแนน

ถ้าตอบผิดทุกส่วน ให้ 10 คะแนน

คะแนนรวมของแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Brooke & Bullock, 1999) ดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้

คะแนน 8-9 หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย

คะแนน 10-28 หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ดูแลชาย ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน
7 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย ประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว
2. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ ฐวิชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) ของ Radloff (1977) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัตถุประสงค์ทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20 คำถามเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ทั้งนี้ ฐวิชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 691 คน และผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 30 คน แล้ววิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ .86 แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0 คือ ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
คะแนน 1 คือ นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/ สัปดาห์
คะแนน 2 คือ ก่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/ สัปดาห์
คะแนน 3 คือ บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/ สัปดาห์

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว โดยถือเอาคะแนน 16 คะแนนขึ้นไปเป็นจุดตัดที่ใช้ระบุว่า มีภาวะซึมเศร้า แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 2 ระดับ (Radloff, 1977) ดังนี้

น้อยกว่า 16 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้า

3. แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ เพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนม ของ Walker and Thompson (1983) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธ์ภาพ ทั้งนี้ กานต์ สุธรรมเทวกุล (2558) ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้ 0 คะแนน
ระดับที่ 2 รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้ 1 คะแนน
ระดับที่ 3 รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ระดับที่ 4 รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ระดับที่ 5 รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา	ให้ 4 คะแนน
ระดับที่ 6 รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ให้ 5 คะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี การแปลผลของแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ (เพียงใจ ติรไพรวงศ์, 2540) ดังนี้

0-28	คะแนน	หมายถึง	มีสัมพันธ์ภาพระดับต่ำ
28.1-56	คะแนน	หมายถึง	มีสัมพันธ์ภาพระดับปานกลาง
56.1-85	คะแนน	หมายถึง	มีสัมพันธ์ภาพระดับสูง

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Mossey and Shapiro (1982) ประกอบไปด้วยคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยรวมในปัจจุบัน โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินตนเองตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกโดยทั่วไป ว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538) ดังนี้

สุขภาพไม่ดี	ให้	1 คะแนน
สุขภาพพอใช้	ให้	2 คะแนน

สุขภาพดี ให้ 3 คะแนน

สุขภาพดีมาก ให้ 4 คะแนน

5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ทรภัทร อิม โอลู และคณะ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ทั้งนี้ ทรภัทร อิม โอลู และคณะ (2552) ได้นำไปใช้ในงานวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุดให้ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลางให้ 3 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเล็กน้อยให้ 2 คะแนน
ไม่มีเลย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลยให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

18-42 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับเล็กน้อย

43-66 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

67-90 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

6. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ของ Collin, Wade, Davies, and

Horne (1988) ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ก่อนหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ส้วม 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกั้นการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผล คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-4	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาทั้งหมด
คะแนนอยู่ในช่วง 5-8	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่
คะแนนอยู่ในช่วง 9-11	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาบางส่วน
คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

7. แบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Zarit and Zarit (1990) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ทั้งนี้ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ได้ทำการประเมินคุณภาพแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจโดยพบว่าแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .73 และการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีโครงสร้างองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90, .86, .78 และ .72 ตามลำดับ แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้พิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแล โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ	ได้	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้	3 คะแนน
บางครั้ง	ได้	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้	1 คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้	0 คะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ (Zarit & Zarit, 1990) ดังนี้

0-20 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย
21-40 คะแนน	หมายถึง	มีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง
41-60 คะแนน	หมายถึง	มีภาระปานกลางถึงมาก
61-88 คะแนน	หมายถึง	มีภาระอย่างมาก

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย เครื่องมือจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่อปี

2. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening -15) ของ Sheikh and Yesavage (1986) ประกอบไปด้วยคำถาม 15 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบมี 2 ลักษณะ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคำถาม ในข้อที่ 1, 5, 7, 11, 13 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และคำถามข้อที่เหลืออีก 10 ข้อ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ได้นำไปใช้ในงานวิจัย และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไทย จำนวน 130 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .85 คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-5 คะแนน	หมายถึง	ปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า
6-10 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้า
11-15 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและสร้างขึ้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว และได้ผ่านการใช้กับ

กลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุมาแล้วซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย และแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลชาย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81, .85, .88 และ .86 ตามลำดับ และนำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขณะที่ผู้ดูแลชายตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงความจำเป็นและวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยมีรหัสรับรองจริยธรรมการวิจัย คือ 04-07-2560 และผู้วิจัยได้ทำการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันประสาทวิทยา จนได้รับการพิจารณาและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โดยมีเลขที่โครงการวิจัยรับรอง คือ 61001

2. ก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการทำวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เก็บเป็นความลับอย่างดี ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลแต่อย่างใด และการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่ผู้ดูแลชายตอบแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการศึกษา รวมไปถึงจริยธรรมการวิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการศึกษาและเข้าใจถึงจริยธรรมการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

1.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ยื่นต่อคลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตและความร่วมมือในการวิจัย

1.4 เมื่อสถาบันประสาทได้รับหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา โดยได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และได้ทำการขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

2.2 ในหนึ่งวันก่อนที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกประสาทวิทยา ในการคัดเลือกรายชื่อผู้ดูแลชายและผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในวันรุ่งขึ้น

2.3 ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ ระหว่างช่วงเวลา 6.00 น.-9.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยทำการขึ้นบันได รับการคัดกรองและรอพบแพทย์ (6.00 น.-9.00 น. คือ ช่วงเวลาที่เปิดและปิดรับบัตรผู้ป่วย) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสอบถามผู้ดูแลชาย และประเมินความคิดปกติทางการรับรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลชาย (กรณีที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ) ด้วยแบบทดสอบความคิดปกติทางการรับรู้ เมื่อคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ ทั้งผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำรายชื่อทั้งหมดมาทำฉลากเพื่อเป็นกลุ่มประชากร หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แล้วนำรายชื่อที่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน วันละ 3-4 ราย

2.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลชาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ชื่องานในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาบริเวณสถานที่เก็บข้อมูล โดยทั้งนี้ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อการเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยรับบริการเสร็จเรียบร้อยแล้วทุกขั้นตอนแล้ว

2.5 หลังจากที่มีผู้ป่วยรับบริการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่ถูกจัดเตรียมไว้เพื่อการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นห้องที่อยู่บริเวณใกล้กับห้องตรวจที่ผู้ป่วยมารับบริการ เป็นบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว สะดวกในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2.6 หลังจากที่มีผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังห้องที่ถูกจัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลชาย โดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลชายประมาณ 30 นาทีต่อราย และหลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ทั้งนี้ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 10 นาทีต่อราย ระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดให้ทั้งสองฝ่ายอยู่ห่างกันในระยะที่ไม่สามารถได้ยินกัน เพื่อป้องกันการรับทราบข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ช่วยวิจัยในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในระหว่างที่เก็บข้อมูล

2.7 หลังจากประเมินผู้สูงอายุและผู้ดูแลชายแล้ว หากพบว่า มีภาวะซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้วิจัยได้ทำการแจ้งผลกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลชายทราบ และประสานงานกับพยาบาลที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เพื่อให้ผู้สูงอายุ

และผู้ดูแลชายได้รับการตรวจอย่างละเอียดและรักษาอย่างถูกต้อง

2.8 เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล กล่าวขอบคุณและลากลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่อปี โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ดังแสดงในภาคผนวก ง) โดยข้อตกลงเบื้องต้นมีดังนี้
 - 4.1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาที่เป็นมาตราอันตรภาคชั้น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะของผู้ดูแล
ชาย ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นมาตราอัตราส่วน

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากร

4.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรต้องมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient and fisher kurtosis coefficient โดยค่าที่ได้อยู่ในช่วง ± 1.96 ดังนั้น จึงสรุปว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

4.4 การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบโดย Scatter plot พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวกับตัวแปรตามมีลักษณะเป็น Homoscedasticity

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) โดยใช้สถิติ F-test พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หรือค่า r ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ค่า $r > 7$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า $r < 3$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาระดับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการการรักษาและติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 83 ราย โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย และแบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลชาย ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 4 ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม มีค่ามาตรวัดในหน่วยมาตราและอัตราส่วนมาตรา กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร ระดับค่าหนึ่ง ๆ ของตัวแปรหนึ่ง มีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากันพิจารณาจาก Scatterplot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรต้องมีการกระจายแบบปกติ

(Histogram, Stem and leaf plot, Box plot, สถิติ Kolmogorov-Smirnov และค่า Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติได้ผลการวิเคราะห์ สามารถอธิบายในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 83$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	40	48.20
70-79 ปี	32	38.60
80 ปีขึ้นไป	11	13.20
$(M = 70.84, SD = 8.44, \text{Min} = 60, \text{Max} = 93)$		
เพศ		
ชาย	39	47.00
หญิง	44	53.00
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน	78	94.00
โรคหลอดเลือดสมองแตก	5	6.00
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (เดือน)		
ต่ำกว่า 12 เดือน (< 1 ปี)	17	20.50
12 เดือน-60 เดือน (1-5 ปี)	32	38.60
มากกว่า 60 เดือน-120 เดือน (> 5-10 ปี)	30	36.10
มากกว่า 120 เดือน (> 10 ปี)	4	4.80
$(M = 63.18, SD = 51.13, \text{Min} = 2, \text{Max} = 240)$		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.20) รองลงมาคืออายุในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 38.60) อายุเฉลี่ย 70.84 ปี ($SD = 8.44$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.00) ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ร้อยละ 94.00) และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 38.60) รองลงมา มากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 36.10) ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 63.18 เดือน ($SD = 51.13$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน โรคประจำตัว วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 83$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-35 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	17	20.50
36-45 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	34	41.00
46-59 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย)	20	24.10
60-69 ปี (วัยสูงอายุตอนต้น)	10	12.00
70-79 ปี (วัยสูงอายุตอนกลาง)	2	2.40
$(M = 44.52, SD = 12.01, Min = 21, Max = 74)$		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	65	78.30
หลานชาย	5	6.00
สามี	11	13.30
น้องชาย	1	1.20
พี่ชาย	1	1.20

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	10	12.00
เกษตรกรรวม	2	2.40
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	37	44.60
รับจ้าง	13	15.70
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	12	14.50
รับราชการ	9	10.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	10.80
มัธยมศึกษา	14	16.90
อนุปริญญา	7	8.40
ปริญญาตรี	44	53.00
ปริญญาโท	9	10.80
มัธยมศึกษา	14	16.90
รายได้เฉลี่ย (เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	2	2.40
5,000-10,000 บาทต่อเดือน	6	7.20
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	8	9.60
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	19	22.90
20,001-25,000 บาทต่อเดือน	14	16.90
25,001-30,000 บาทต่อเดือน	9	10.80
มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน	25	30.10
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)		
6-10 ชั่วโมง	38	45.80
11-15 ชั่วโมง	30	36.10
มากกว่า 15 ชั่วโมง	15	18.10
$(M = 12.53, SD = 5.96, \text{Min} = 6, \text{Max} = 24)$		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล (เดือน)		
ต่ำกว่า 12 เดือน (< 1 ปี)	21	25.30
12 เดือน-60 เดือน (1-5 ปี)	32	38.60
มากกว่า 60 เดือน-120 เดือน (> 5-10 ปี)	27	32.50
มากกว่า 120 เดือน (> 10 ปี)	3	3.60
$(M = 57.35, SD = 49.94, \text{Min} = 2, \text{Max} = 240)$		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	59	71.10
มีโรคประจำตัว	24	28.90
โรคความดันโลหิตสูง	7	29.16
โรคเบาหวาน	2	8.33
โรคไขมันในเลือดสูง	6	25.00
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	5	20.84
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	4	16.67

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุในช่วง 36-45 ปี (ร้อยละ 41.00) รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุในช่วง 46-59 ปี (ร้อยละ 24.00) ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.52 ปี ($SD = 12.01$) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร (ร้อยละ 78.30) มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 44.60) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 15.70) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 53) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 30.10) รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 22.90) ตามลำดับ มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันในช่วง 6-10 ชั่วโมง (ร้อยละ 45.80) รองลงมาในช่วง 11-15 ชั่วโมง (ร้อยละ 36.10) ตามลำดับ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 12.53 ชั่วโมง ($SD = 5.96$) และมีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 38.60) รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 32.50) ตามลำดับ มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 57.35 เดือน ($SD = 49.94$) และผู้ดูแลชายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.10)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 83$)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริงที่ได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย	0-60	0-23	4.70	4.48	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0-85	38-85	77.07	9.30	ระดับสูง
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย	1-4	2-4	3	0.65	ระดับดี
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย	18-90	50-90	70.54	10.35	ระดับมาก
5. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0-20	3-20	14.96	4.36	ภาวะพึ่งพาเล็กน้อย
6. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0-15	0-12	3.28	2.72	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7. ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0-88	0-50	12.45	10.73	ไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 4.70$, $SD = 4.48$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M = 77.07$, $SD = 9.30$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับดี ($M = 3$, $SD = 0.65$) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับมาก ($M = 70.54$, $SD = 10.35$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย ($M = 14.96$, $SD = 4.36$) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 3.28$, $SD = 2.72$) และภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย ($M = 12.45$, $SD = 10.73$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ระดับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของภาวะผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 83$)

ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย	64	77.10
มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง	17	20.50
มีภาวะปานกลางถึงมาก	2	2.40
$(M = 12.45, SD = 10.73, Min = 0, Max = 50)$		

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย (ร้อยละ 77.10)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 83$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p -value
1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย	0.45**	0.000
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	-0.37**	0.000
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย	-0.19*	0.040
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย	-0.29**	0.004
5. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	-0.36**	0.000
6. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0.23*	0.017
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	0.18*	0.049

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

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .01$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .01$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36, p < .01$) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$)

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการการรักษาและติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 83 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย และแบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลชาย นำข้อมูลมาหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82, .81, .85, .88 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.20) รองลงมาคืออายุในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 38.60) อายุเฉลี่ย 70.84 ปี ($SD = 8.44$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.00) ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ร้อยละ 94.00) และมีระยะเวลาในการเป็นโรคอยู่ในช่วงมากกว่า 1-5 ปี (ร้อยละ 38.60) รองลงมา มากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 36.10) ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 63.18 เดือน ($SD = 51.13$)

2. ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุในช่วง 36-45 ปี (ร้อยละ 41.00) รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุในช่วง 46-59 ปี (ร้อยละ 24.00) ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.52 ปี ($SD = 12.01$) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร (ร้อยละ 78.30) มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 44.60) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 15.70) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 53) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 30.10) รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 22.90) ตามลำดับ มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันในช่วง 6-10 ชั่วโมง (ร้อยละ 45.80) รองลงมาในช่วง 11-15 ชั่วโมง (ร้อยละ 36.10) ตามลำดับ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 12.53 ชั่วโมง ($SD = 5.96$) และมีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1 ปี-5 ปี (ร้อยละ 38.60) รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 5 ปี-10 ปี (ร้อยละ 32.50) ตามลำดับ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 57.35 เดือน ($SD = 49.94$) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.10)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 4.70, SD = 4.48$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M = 77.07, SD = 9.30$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับดี ($M = 3, SD = 0.65$) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับมาก ($M = 70.54, SD = 10.35$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย ($M = 14.96, SD = 4.36$) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 3.28, SD = 2.72$) และภาระของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย ($M = 12.45, SD = 10.73$)

4. ระดับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย (ร้อยละ 77.10)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

5.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$)

5.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .01$)

5.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$)

5.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .01$)

5.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36, p < .01$)

5.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$)

5.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับที่ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย ($M = 12.45, SD = 10.73$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.96 ($SD = 4.36$) ซึ่งมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเพียงบางเท่านั้น ประกอบกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.20) จึงทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเมื่อพิจารณาด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลชาย พบว่า ผู้ดูแลชายส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร (ร้อยละ 78.30) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือดระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้การดูแลที่แสดงออกมา เต็มไปด้วยความรักและความผูกพันที่มีต่อบิดาและมารดา (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559) และผู้ดูแลชายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 44.60) จึงทำให้ผู้ดูแลชายมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถทำงานควบคู่ไปด้วยกันได้ โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแล และยังพบว่า ผู้ดูแลชายกลุ่มนี้สามารถรับรู้และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลได้ดี เนื่องจากส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี-ปริญญาโท (ร้อยละ 63.80) แสดงให้เห็นว่า สามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และเสาะแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี (Lee, Ann, Kim, Choi, & Yuk,

2011) และผู้ดูแลชายมีอายุเฉลี่ย 44.52 ($SD = 12.01$) ซึ่งถือว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ วัยนี้นับว่าเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากแล้ว ทำให้มีวุฒิภาวะทั้งด้านความคิดและอารมณ์มากพอ สามารถตัดสินใจและเผชิญกับปัญหาได้ดี (ปิติพร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

ในขณะที่เดียวกัน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.10) และเมื่อพิจารณาจากคำถามของแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลชายรายข้อ ที่กล่าวว่า ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.23 ($SD = 0.65$) ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลชายกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและร่างกาย สามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้โดยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพตามมา ประกอบกับผู้ดูแลชายส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.80) และเมื่อพิจารณารายข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลชายที่กล่าวว่า ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.64 ($SD = 1.01$) ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลชายกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านการเงินและอุปกรณ์ในการดูแลอย่างเพียงพอ โดยจะเห็นได้จากระดับคะแนนของข้อคำถามแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรที่กล่าวว่า ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 ($SD = 1.16$) และมีผู้ให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 ($SD = 1.21$) ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่สูง บ่งบอกถึงการได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงินและอุปกรณ์อย่างเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระดับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายกลุ่มนี้อยู่ในระดับไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามาก การรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมากตามไปด้วย ส่วนผู้ดูแลที่ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะน้อยลงหรือไม่มีการรับรู้ภาระในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชายไม่มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีการซึมเศร้า ($M = 4.70, SD = 4.48$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษา มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย ($M = 14.96, SD = 4.36$) จึงทำให้ผู้ดูแลชายช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพียงบางอย่างเท่านั้น ประกอบกับผู้ดูแลชายมีการสนับสนุนทางสังคมของอยู่ในระดับมาก ($M = 70.54, SD = 10.35$) และส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.80) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลที่กล่าวว่า ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.64 ($SD = 1.01$) ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลชายกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ผู้ดูแลชายไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ รสธรรม์ดี ภาคภากร (2557) ที่พบว่า การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความไม่เพียงพอของรายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมองว่า การดูแลนั้นเป็นปัญหาที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหมดหวัง และมีความคิดด้านลบต่ออนาคตของตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระในการดูแล (เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559; Choi-Kwon et al., 2005; Tang et al., 2011) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชายไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงบวก สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม หรือสามารถจัดการกับความเครียดในการดูแลได้ดี (วัชรกร ประณีล และคณะ, 2558) ไม่มองว่าหน้าที่การดูแลนั้น เป็นอุปสรรคหรือปัญหา ถึงแม้ว่าจะเป็นการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานก็ตาม จึงทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลชายในการศึกษาคั้งนี้ อยู่ในระดับที่ไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จัดว่าเป็นปัจจัยบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ดูแลชายไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงไม่มีปัจจัยรบกวนในการปรับตัว

ของผู้ดูแลชาย ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี และสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McCullagh et al., 2005; Rigby et al., 2009; Tang et al., 2011; Jaracz et al., 2012; Kruithof et al., 2016; รศรณรรีดี ภาคภากร, 2557)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่น้อยลง ผู้ดูแลชายจะมีการรับรู้ภาระที่เพิ่มขึ้น ถ้าหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาก ผู้ดูแลชายจะมีการรับรู้ภาระที่น้อยลงหรือไม่มีการรับรู้ภาระในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

จากการศึกษาค้างนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M = 77.07$, $SD = 9.30$) เนื่องจาก ผู้ดูแลชายส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตร (ร้อยละ 78.30) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือดระหว่างผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงเกิดความรักใคร่ผูกพัน และมีความพร้อมในการดูแล (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559) สัมพันธภาพที่ดีจะเต็มไปด้วยความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การยอมรับซึ่งกันและกัน การดูแลที่แสดงออกมา จึงเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจที่จะทำหน้าที่ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลชาย ไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ ผู้ดูแลชายจึงไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตามมา (Vellone et al., 2011; Hanh et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanh et al. (2017) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตร (ร้อยละ 59.2) มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาระในการดูแลระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้นี้เช่นกัน

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคล

ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ดูแลชายมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลจึงเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลชาย สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถเผชิญความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ผลลัพธ์ที่ออกมา จึงทำให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kruithof et al., 2016; Hanh et al., 2017)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในระดับที่แย่ลง ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาระที่เพิ่มขึ้น แต่ถ้าหากผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่ดีเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาระลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 3, SD = 0.65$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลชายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.10) แสดงให้เห็นถึง สภาพความพร้อมแข็งแรงของร่างกายที่จะสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างปกติ ประกอบกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ทำให้ผู้ดูแลชายช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแค่เพียงบางอย่างเท่านั้น ผู้ดูแลชายในการศึกษาคั้งนี้ จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลชายมีความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีนั้น ทำให้ผู้ดูแลกำลังมองว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากจะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพและผลกระทบต่าง ๆ เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น เกิดความรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม และเหน็ดเหนื่อยจากการทำหน้าที่ในการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมองว่า สุขภาพของตนเองมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การรับรู้ภาระของผู้ดูแล (Hanh et al., 2017; Jeong et al., 2015; ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2555) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี การรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงอยู่ในระดับที่ไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ดูแลชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถเผชิญความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ดี ผลลัพธ์ที่ออกมา จึงทำให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Choi-Kwon et al., 2005; Rigby et al., 2009; Jeong et al., 2015; Hanh et al., 2017)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่น้อยลง การรับรู้ภาระของผู้ดูแลจะเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าหากการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น การรับรู้ภาระของผู้ดูแลจะลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชายมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก การรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับ ไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 70.54, SD = 10.35$) ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลชายมีการรับรู้ว่ามีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือได้อยู่ในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร โดยเมื่อพิจารณาคะแนนข้อคำถามรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลที่ถามว่า “ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยที่เป็นอยู่” มีคะแนนเท่ากับ 4.11 ($SD = 0.66$) ซึ่งถือว่า เป็นคะแนนในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลชายในการศึกษาคั้งนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างดี ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ การได้รับสุขศึกษา จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระที่ลดลง (Montgomery et al., 1985) และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมีความมั่นคงและปลอดภัย รู้สึกว่ามีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือ ในยามที่ต้องการ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลชายมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และความยากลำบากที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงนับเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นได้ (Hanh et al., 2017; เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559; สาสินี เทพสุวรรณ

และคณะ, 2556) การรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลชายในการศึกษาครั้งนี้ จึงอยู่ในระดับที่ไม่มีการรับรู้ภาวะถึงมีการรับรู้ภาวะเล็กน้อย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย จัดว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ดูแลชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถเผชิญความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ผลลัพธ์ที่ออกมาจึงทำให้ผู้ดูแลชาย ไม่เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chiou et al., 2009; Jaracz et al., 2012; Jaracz et al., 2014; Kruihof et al., 2016; Hanh et al., 2017)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาก ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาวะในการดูแลน้อยลง และถ้าหากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลชายอยู่ในระดับ ไม่มีการรับรู้ภาวะถึงมีการรับรู้ภาวะเล็กน้อย

จากการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึงพาเล็กน้อย ($M = 14.96, SD = 4.36$) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ มีปัญหาในการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมไปถึงความผิดปกติของการคิดและการรับรู้ ยิ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเท่าใด ความต้องการในการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลที่มากขึ้น (วัชรารกร ประณิต และคณะ, 2558; Jaracz et al., 2012; Hanh et al., 2017) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้ดี ความต้องการในการดูแลจึงมีเพียงเล็กน้อย การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมจึงเป็นการช่วยเหลือดูแลแค่เพียงบางอย่างเท่านั้น ผู้ดูแลชายจึงมีเวลาส่วนตัวมากขึ้น มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตามมา

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี หรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย จึงทำให้ผู้ดูแลชายช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันแค่เพียงบางอย่างเท่านั้น ปัจจัยนี้จึงไม่รบกวนในกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลชาย ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี สามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ทำให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McCullagh et al., 2005; Jaracz et al., 2012; Ogunlana et al., 2014; Kruithof et al., 2016)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้ามาก ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาระเพิ่มมากขึ้น และถ้าหากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ภาระลดน้อยลง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 3.28, SD = 2.72$) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอธิบายได้ว่า ความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมยามว่าง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) ภาวะซึมเศร้าที่ตามมา จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายที่ช้าลง (Ahn et al., 2015) ทั้งนี้เนื่องจาก ขาดแรงจูงใจ และรู้สึกหมดแรงในการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพแย่ลง รวมไปถึงความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง, 2559) ผู้ดูแลจึงต้อง

ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลตามมา แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จึงไม่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ทำให้มีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและยังคงช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงช่วยเหลือแค่กิจกรรมบางอย่างเท่านั้น การรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลชายในการศึกษาครั้งนี้ จึงอยู่ในระดับที่ไม่มีการรับรู้ภาวะถึงการรับรู้ภาวะเล็กน้อย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยนี้จึงไม่รบกวนในกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลชาย ส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี สามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลชาย ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McCullagh et al., 2005; Rigby et al., 2009; Tang et al., 2011; Jaracz et al., 2012; Kruithof et al., 2016)

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อวันที่มากขึ้น การรับรู้ภาวะในการดูแลก็จะมากขึ้น ถ้าหากระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อวันน้อยลง การรับรู้ภาวะในการดูแลก็จะน้อยลงตามไปด้วย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยวันละ 12.53 ชั่วโมง ($SD = 5.96$) ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งความรุนแรงของโรคมากเท่าใด ความต้องการในการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาในแต่ละวันของตนเองเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนลดลง มีเวลาส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพร่างกาย และการเข้าร่วม

กิจกรรมต่าง ๆ กับสังคมลดลง รวมไปถึงการขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ นำมาซึ่งการรับรู้ภาระของผู้ดูแลที่มากขึ้น (Choi-Kwon et al., 2005; วัชรกร ประนิล และคณะ, 2558; Jeong et al., 2015; Hanh et al., 2017) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลในระดัต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลช่วยเหลือจึงเป็นแค่การคอยเฝ้าดูแลอยู่ห่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้เป็นการช่วยเหลือที่ซับซ้อน จึงไม่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมส่วนตัวของผู้ดูแลชาย ประกอบกับผู้ดูแลชายส่วนใหญ่มีอาชีพมีค่าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 44.60) จึงทำให้ผู้ดูแลชายสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปพร้อมกับการประกอบอาชีพได้ การรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลชายในการศึกษานี้ จึงอยู่ในระดับที่ไม่มีการรับรู้ภาระถึงมีการรับรู้ภาระเล็กน้อย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จัดว่าเป็นปัจจัยสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน ประกอบกับการดูแลช่วยเหลือเป็นการดูแลที่ไม่ซับซ้อน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากไม่มีปัจจัยระยะเวลาไปรบกวนการปรับตัว ทำให้ผู้ดูแลชายสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลชายไม่เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chiou et al., 2009; Jaracz et al., 2012; Jaracz et al., 2014; Gbiri et al., 2015; Jeong et al., 2015; Hanh et al., 2017)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านภาวะเครียดของผู้ดูแลชาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลชาย และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อให้ผู้ดูแลชายสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ลดการรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ดูแลชายเพื่อลดภาระในการดูแล

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อร่วมกันวางแผน สนับสนุน ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ดูแลชายเพื่อลดภาระในการดูแล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอด โดยการนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนายหรือนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จากการวิจัยนี้ ทำการวิจัยถึงทดลองเพื่อลดภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ อาจทำให้ผลลัพธ์ที่ได้เกิดภาระในผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กรมการแพทย์. (2552). โครงการวิจัยการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). ภาวะซึมเศร้า. เข้าถึงได้จาก <http://www.tsu.ac.th/mou/files/linkfiles/s/1.doc>
- กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา และกิตติ ไกรนุวัตร. (2558). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 114-122.
- ก้องเกียรติ ภูมัทธกันทรากกร. (2553). ประสาทวิทยาทันสมัย. กรุงเทพฯ: พราวเพรส.
- กานต์ สุธรรมเทวกุล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพิศถาน. (2555). โรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิ่ง แอนด์ มีเดีย.
- คนองนิช ไชยวุฒิ. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. กรุงเทพฯ: ตระกูลไทย.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิษฐ์, 8(2), 73-85.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ภาวะผู้ป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการดูแลที่บ้าน. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2552). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 4(3), 34-43.

- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไทร (บรรณาธิการ), *คู่มือการจัดการ ระบบบริการ โรคหลอดเลือดสมองครบวงจร* (หน้า 1-10).
ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ชุลีกร ทาทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เชิดชาย ชยวัฑฒ. (2559). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 14-27.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เจริญชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.
- ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปริญญา และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (The methodology in nursing research)* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2555). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(2), 54-64.
- ปิติพร สิริทิพากร, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 13(2), 23-35.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2557). กลวิธีในการดำเนินงานชุมชน. ใน *เอกสารคำสอน การพยาบาลชุมชน 3* (หน้า 105-141). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพียงใจ ติรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรภัทร อิมโอรุ, นงพิมล นิมิตรอนันท์, สุพัฒนา คำสอน และจากรุวรรณ เหมะธร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 15(2), 130-141.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาชิปิตพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- รสรณ์รดี ภาคภากร. (2557). ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับ การรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลัมย์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- ระพีพรรณ พันธุ์รัตน์. (2543). *การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชายไทย*. วิทยานิพนธ์
สังคมวิทยา มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). *ญาติผู้ดูแล: ชุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน*. *วารสารคณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3), 1-13.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. กรุงเทพฯ:
บุญศิริการพิมพ์.
- วรรณภรณ์ สุขมาก. (2547). *นิตยสารผู้ชายกับกระบวนการสร้างความเป็นชายแบบ “เมโทรเซ็กส์
ชวล”*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวารสารสนเทศ,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรกร ประนิล, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2558). *ปัจจัย
ที่มีผลต่อการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอก*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(3), 86-98.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้
ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ:
เอ็น.พี.เพรส.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). *การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- ศรัณยา แสงมณี, มณี อากานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). *กรณีศึกษา: การปรับตัวของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน*. *รามาชิตีพยาบาลสาร*, 18(1),
119-133.
- ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาระการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกัน
คุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สดสวย ทองมหา, กนกวรรณ ธารารณ, มัลลิกา มดีโก และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2555).
 ประสบการณ์ของผู้ชายในฐานะผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย. *วารสารสหศาสตร์*, 11(2), 70-95.
 สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *ตำราเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
 ความเครียดและความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 75-92.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2553). *สถานการณ์ข่าวสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก
http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghhealth_event16.php
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *มองภาพครัวเรือนไทยในรอบ 10 ปี*. เข้าถึงได้จาก
http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_62.html
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สุธิสา เต็มทับ, สุกศิริ หิรัญชุนหะ และอังศุมา อภิษาโต. (2548). อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็ง
 ของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6), 445-454.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
 ด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสาร
 พยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 47-61.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการ
 ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม
 โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อรินทร์ จรุงสุทธิ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-9.
- อัญชุลี ฐิตะปุระ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ahn, D. H., Lee, Y. J., Jeong, J. H., Kim, Y. R., & Park, J. B. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 74-80.
- Amanda, G. T., & Velandai K. S. (2010). Stroke: Epidemiology and pathology. In M. F. Howard, R. Kenneth, & W. Kenneth (Eds.), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (7th ed.; pp. 478-483). Philadelphia: Elsevier.
- American Heart Association. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089.
- Baker, K. L., Robertson, N., & Connelly, D. (2010). Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain. *Aging & Mental Health*, 14(3), 319-327.
- Berg, A., Palomaki, H., Lonnqvist, J., Lehtihalmes, M., & Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36(3), 639-643.
- Brainin, M., Teuschl, Y., & Kalra, L. (2007). Acute treatment and long-term management of stroke in developing countries. *The Lancet Neurology*, 6(6), 553-561.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. Washington D. C.: School of Nursing, University of Washington.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Bull, M. J., Bowers, J. E., Kirschling, J. M., & Neufeld, A. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.
- California Research Bureau. (2014). *An overview of men as informal caregivers*. Retrieved from <https://www.library.ca.gov/crb/14/S-14-021.pdf>

- Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*(3), 419-424.
- Choi-Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(5), 1043-1048.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing, 15*(6), 398-407.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies, 10*(2), 61-63.
- Deborah, C. M. (2012). Family caregiving. In B. Marie, C. Elizabeth, F. Terry, & Z. DeAnne (Eds), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4th ed.; pp. 469-499). New York: Springer.
- Dillehay, R. C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for alzheimer's patients: What we are learning from research. *The International Journal of Aging and Human Development, 30*(4), 263-285.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dream. *Archives of Psychiatric Nursing, 16*(1), 39-46.
- Eliopoulos, C. (2014). Neurologic function. In C. Eliopoulos (Ed.), *Gerontological nursing* (8th ed.; pp. 348-358). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Elmståhl, S., Malmberg, B., & Annerstedt, L. (1996). Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 77*(2), 177-182.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Fuh, J. L., Wang, S. J., Liu, H. C., & Wang, H. C. (1999). The caregiving burden scale among chinese caregivers of alzheimer patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 10*(3), 186-191.

- Gaynor, S. E. (1990). The long haul: The effects of home care on caregivers. *The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 208-212.
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98-103.
- Hanh, P. T., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2017). Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 45-62.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Philippines: Addison-Wesley.
- Ilse, I. B., Feys, H., De Wit, L., Putman, K., & De Weerd, W. (2008). Stroke caregivers' strain: Prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 30(7), 523-530.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., & Kozubski, W. (2012). Caregiver burden after stroke: Towards a structural model. *Neurologia I Neurochirurgia Polska*, 46(3), 224-232.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Gorna, K., & Kozubski, W. (2014). Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of Medical Science*, 10(5), 941-950.
- Jeong, Y. G., Jeong, Y. J., Kim, W. C., & Kim, J. S. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(5), 1543-1547.
- Kalat, J. W. (2013). *Biological psychology* (11th ed.). Belmont, California: Wadsworth Cengage Learning.
- Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica*, 57(2), 68-72.
- Keith, C. (1995). Family caregiving system: Model, resources and values. *Journal of Marriage the Family*, 57(2), 179-189.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., & Burke, K. (2000). *Fundamentals of nursing: Concept, process, and practice* (6th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.

- Kruihof, W. J., Post, M. W., van Mierlo, M. L., van den Bos, G. A., Janneke, M., & Visser- Meily, J. M. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient Education and Counseling, 99*(10), 1632-1640.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, H. S., Ann, C. S., Kim, M. C., Choi, J. H., & Yuk, G. C. (2011). Patient preference for community-based rehabilitation programs after stroke. *Journal of Physical Therapy Science, 23*(1), 137-140.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 56-61.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke, 36*(10), 2181-2186.
- Montgomery, R. J., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging, 7*(1), 137-152.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *The American Journal of Public Health, 72*(8), 800-808.
- National Alliance for Caregiving in Collaboration with AARP. (2009). *Caregiving in the U.S. 2009*. New York: MetLife Foundation.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist, 29*(6), 798-803.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal, 32*(1), 6-12.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concept of practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pener, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). California: Appleton & Lange.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Rigby, H., Gubitz, G., & Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke, 4*(4), 285-292.

- Sackley, C., Brittle, N., Patel, S., Ellins, J., Scott, M., Wright, C., & Dewey, M. E. (2008). The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*, *39*(12), 3329-3334.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: The Haworth Press.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, *126*, 124-128.
- Suttupong, C., & Sindhu, S. (2012). Predicting factors of depression in older people post-stroke in Urban communities. *Journal of Nursing Science*, *30*(1), 28-39.
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, *16*(1), 1-7.
- Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2011). Burden of Chinese stroke family caregivers: The Hong Kong experience. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *92*(9), 1462-1467.
- Thrift, A. G., & Srikanth, V. K. (2010). Stroke: Epidemiology and pathology. In H. Fillit, K. Rockwood, & K. Woodhouse (Eds.), *Textbook of geriatric medicine and gerontology* (7th ed.; pp. 478-483). Philadelphia: Elsevier.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2010). Theories and physical changes of aging. In T. Touhy, & K. Jett (Eds.), *Ebersole and Hess' geronrological nursing healthy aging* (3rd ed.; pp. 66-83, 303-316). Missouri: Elsevier.
- Varcarolis, E. M., Carson, B. V., & Shoemaker, C. N. (2006). *Foundation of psychiatric mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier's Health Sciences.
- Vellone, E., Fida, R., Cocchieri, A., Sili, A., Piras, G., & Alvaro, A. (2011). Positive and negative impact of caregiving to older adults: A structural equation model. *Professioni Infermieristiche*, *64*(4), 237-248.
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, *45*(4), 841-849.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>.

- Williams, S., & Murray, C. (2013). The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 39-47.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Pennsylvania: Penn State University Gerontology Center.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ นพ.วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล | อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ | อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ | อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ | อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

คำถาม	คำตอบ
1. ปีนี้ปีอะไร	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	
3. ให้ผู้ป่วยจำที่อยู่โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน: บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ และจังหวัด (เพื่อนำไปถามข้อที่ 7)	
4. เวลานี้เวลาอะไร	
5. นับเลขถอยหลัง 20-1	
6. พุดเดือนถอยหลังใน 1 ปี	
7. ถามผู้ป่วยกลับในหัวข้อ 3 ในการจำที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน	
คะแนนรวม	

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านอายุ.....ปี (คำนวณ อายุปีเต็ม โดยใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน-พ.ศ. เกิด)
2. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น

<input type="checkbox"/> 1. บุตรชาย	<input type="checkbox"/> 2. หลานชาย	<input type="checkbox"/> 3. สามี
<input type="checkbox"/> 4. น้องชาย	<input type="checkbox"/> 5. พี่ชาย	
3. ระยะเวลาในการดูแล.....ปี.....เดือน (เวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน)
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย.....ชั่วโมงต่อวัน
5. อาชีพของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> 5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ เอกชน
<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6. รับราชการ
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ)
<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง	
6. ระดับการศึกษาของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ)
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา	
7. รายได้ของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 5,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 2. 5,000-10,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 3. 10,001-15,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 4. 15,001-20,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 5. 20,001-25,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 6. 25,001-30,000	บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 7. มากกว่า 30,000	บาทต่อเดือน
8. โรคประจำตัว 1. มี โรค..... 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรค
 หลอดเลือดสมองโดยการทำเครื่องหมาย “✓” ลงใน หน้าข้อความ

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมอาหารไว้ให้หรือตัด
 ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3.

0.

4.

0.

5.

0.

6.

0.

7.

0.

8.

0.

9.

0.

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2. กลั้นได้ปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกตนเองในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และทำเครื่องหมาย

“✓”ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

ใช่ หมายถึง ข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2	คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆลงหรือไม่		
3	คุณรู้สึกว่าคุณว่างเปล่าหรือไม่		
4	.....	
5	.....	
6	.....	
7	.....	
8	.....	
9	.....	
10	.....	
11	.....	
12	.....	
13	.....	
14	คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่		
15	คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านในระยะเวลา

1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีทั้งหมด 20 ข้อ กรุณาอ่านทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว การตอบคำถามครั้งนี้ไม่มีผิดหรือถูก

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/ สัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/ สัปดาห์

ข้อคำถาม	ไม่เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ค่อนข้าง บ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
19. ฉันรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับที่ 1 ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้ 0 คะแนน
ระดับที่ 2 รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้ 1 คะแนน
ระดับที่ 3 รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ระดับที่ 4 รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ระดับที่ 5 รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา	ให้ 4 คะแนน
ระดับที่ 6 รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ให้ 5 คะแนน

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนี้ เลย (0)	รู้สึก เช่นนี้ น้อย มาก (1)	รู้สึก เช่นนี้ บาง ครั้ง (2)	รู้สึก เช่นนี้ บ่อย ครั้ง (3)	รู้สึก เช่นนี้ เกือบ ตลอด เวลา (4)	รู้สึก เช่นนี้ ตลอด เวลา (5)
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลา อยู่ร่วมกัน						
2. ฉันรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยรักฉัน						
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์ และไว้วางใจกัน						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
16. ฉันและผู้ป่วยต่างมีความรักให้กัน						
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่าง ฉันกับผู้ป่วย						

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่ดี	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านไม่ดี
พอใช้	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านพอใช้
ดี	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านดี
ดีมาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านดี

1. ปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร

- () 1. ไม่ดี
- () 2. พอใช้
- () 3. ดี
- () 4. ดีมาก

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่มีเลย (1)
ด้านอารมณ์ 1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย 2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย 3. มีผู้สอบถามหรือแสดงความเห็นใจท่านในการดูแลผู้ป่วย					
ด้านการประเมิน 6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม 7. มีผู้แนะนำ และตักเตือนท่าน เมื่อท่านทำไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย					

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย (ต่อ)

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่มีเลย (1)
ด้านข้อมูล 9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย					
ด้านทรัพยากร 14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย 18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย					

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ประจำ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบางครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย

ข้อความ	ความถี่ของความรู้สึก				
	ประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่เคย เลย (0)
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่าง

1. ชื่อผู้ป่วย.....HN.....
2. อายุ.....ปี
3. เพศ ชาย หญิง
4. การวินิจฉัยโรค.....
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-07-2560

ชื่อผู้วิจัย นายศตวรรษ อุดรศาสตร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาจจะเป็น บุตรชาย หลานชาย พี่ชาย น้องชาย และสามี และเป็นผู้ที่พาผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง จำนวน 7 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 5) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 7) แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุน และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือประคับประคองให้เกิดการดูแลแก่ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้น ผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายศตวรรษ อุดรศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 097-0020280 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 092-6707744

นายศตวรรษ อุดรศาสตร์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้สูงอายุ)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-07-2560

ชื่อผู้วิจัย นายศตวรรษ อุตระศาสตร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง และมารับบริการที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบคำถามผู้วิจัยโดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ทั้งนี้ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 10 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุน และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือประคับประคองให้เกิดการดูแลแก่ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ

ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้น ผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายศตวรรษ อุดรศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 097-0020280 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 092-6707744

นายศตวรรษ อุดรศาสตร์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายศตวรรษ อุดรศาสตร์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายศตวรรษ อุตศาสตร์)



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้สูงอายุ)

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายศตวรรษ อุดรศาสตร์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายศตวรรษ อุตศาสตร์)

ภาคผนวก ง

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์
ของตัวแปร

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว มีการกระจายแบบปกติ

ตัวแปร	Skewness	Skewness/ Std. Error	Kurtosis	Kurtosis/ Std. Error
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย	1.685	.264	3.501	.523
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	1.064	.264	-.140	.523
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	-1.845	.264	3.699	.523
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย	.081	.264	-.571	.523
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	-.976	.264	.227	.523
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	1.428	.264	2.073	.523
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย	-.182	.264	-.747	.523

จากตารางค่า Skewness/ Std. Error อยู่ในช่วง ± 1.96 และค่า Kurtosis/ Std. Error อยู่ในช่วง ± 1.96

ภาคผนวก จ

สำเนาแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Factors Related to Burden among Male Caregivers of Elderly with Stroke

ชื่อนิสิต นายศตวรรษ อุดรศาสตร์

รหัสประจำตัวนิสิต 58920032

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 07 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 83 ราย สถานที่

เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ สธ ๐๓๑๐/ ๑๕๐๗๑

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นายศตวรรษ อุตระศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย ที่ สธ ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๕๘๗ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียดของโครงการวิจัยข้างท้าย และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๖๑๐๐๑

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุดม ภู่วโรตม)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

ภาคผนวก ฉ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายรายช้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองรายช้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายรายช้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

รายช้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชายรายช้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

สมองรายช้อ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายรายข้อ ($n = 83$)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	0.41	0.68
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	0.14	0.39
3. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถจัดการความหม่นหมองออกไป แม้ว่า จะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	0.16	0.43
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น	0.63	1.08
5. ฉันรู้สึกลำบากใจในการตั้งสมาธิ เพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	0.11	0.31
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ	0.24	0.46
7. ฉันรู้สึกว่าทุกสิ่งที่ฉันกระทำ ฉันฝืนใจ	0.18	0.45
8. ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	0.41	0.73
9. ฉันคิดว่าชีวิตของฉันมีแต่ความล้มเหลว	0.10	0.30
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	0.06	0.24
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	0.47	0.70
12. ฉันมีความสุข	0.17	0.41
13. ฉันพูดน้อยกว่าปกติ	0.13	0.41
14. ฉันรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.06	0.33
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	0.18	0.39
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	0.39	0.60
17. ฉันมักจะร้องไห้	0.14	0.42
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข	0.27	0.52
19. ฉันรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบฉัน	0.22	0.42
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต	0.24	0.51
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย	4.70	4.48

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ ($n = 83$)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน	4.42	1.07
2. ฉันรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยรักฉัน	4.60	0.96
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์และไว้วางใจกัน	4.75	0.64
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำดำเนินถึงข้อบกพร่องของกันและกัน	4.08	1.24
5. ฉันและผู้ป่วยมีอะไรคล้าย ๆ กัน	3.48	1.26
6. ฉันและผู้ป่วยต่างนับถือและให้เกียรติกัน	4.64	0.82
7. ชีวิตของฉันและผู้ป่วยดีขึ้นเพราะต่างช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	4.71	0.69
8. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยทำให้เราต่างมีความสุข	4.67	0.65
9. ผู้ป่วยใส่ใจกับความรู้สึกของฉัน	4.40	1.00
10. ฉันและผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน	4.69	0.64
11. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยเต็มไปด้วยความเสียสละ	4.70	0.78
12. ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความคิดของฉัน	4.34	0.89
13. ฉันมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย	4.66	0.75
14. ผู้ป่วยมักทำให้ฉันรู้สึกสบายใจ	4.33	0.84
15. ผู้ป่วยคือบุคคลสำคัญในชีวิต	4.90	0.34
16. ฉันและผู้ป่วยต่างมีความรักให้กัน	4.84	0.53
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วย	4.86	0.47
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลชายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	77.07	9.30

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชายรายข้อ ($n = 83$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลชาย	<i>M</i>	<i>SD</i>
ปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร	3	0.65

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ ($n = 83$)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่	0.14	0.35
2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลงหรือไม่	0.34	0.48
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่	0.27	0.44
4. คุณรู้สึกเบื่อ ๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่	0.35	0.48
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่	0.12	0.33
6. คุณกลัวว่าจะไร้อารมณ์ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่	0.34	0.47
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่	0.12	0.33
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่	0.05	0.22
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่	0.64	0.48
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใคร ๆ หรือไม่	0.33	0.47
11. คุณคิดว่าคนที่ใช้ชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่	0.07	0.38
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน	0.13	0.34
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่	0.05	0.22
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่	0.08	0.28
15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดูกว่าคุณหรือไม่	0.25	0.44
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	3.28	2.72

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลรายช้อ ($n = 83$)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลรายช้อ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านอารมณ์		
1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.41	0.92
2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย	4.58	0.67
3. มีผู้สอบถามหรือแสดงความเห็นใจท่านในการดูแลผู้ป่วย	3.81	1.00
4. มีผู้รับฟังท่านเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	3.81	0.96
5. มีผู้ให้ความเคารพนับถือ และยกย่องท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วย	4.12	0.81
ด้านการประเมิน		
6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม	4.11	0.88
7. มีผู้แนะนำ และตักเตือนท่าน เมื่อท่านทำไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย	3.71	1.06
8. มีผู้ให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้อื่น	4.07	0.87
ด้านข้อมูล		
9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	4.11	0.66
10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย	4.10	0.67
11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วย	4.10	0.67
12. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยและการป้องกัน	4.10	0.67
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย		
13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ	4.07	0.71
ด้านทรัพยากร		
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย	3.57	1.16
15. มีผู้ให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	3.48	1.21
16. บุคคลรอบข้างพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อท่านต้องไปทำธุระนอกบ้าน	3.89	1.06

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านทรัพยากร (ต่อ)		
17. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระท่าน ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	3.93	1.06
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย	3.59	1.10
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลชาย	70.54	10.35

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ ($n = 83$)

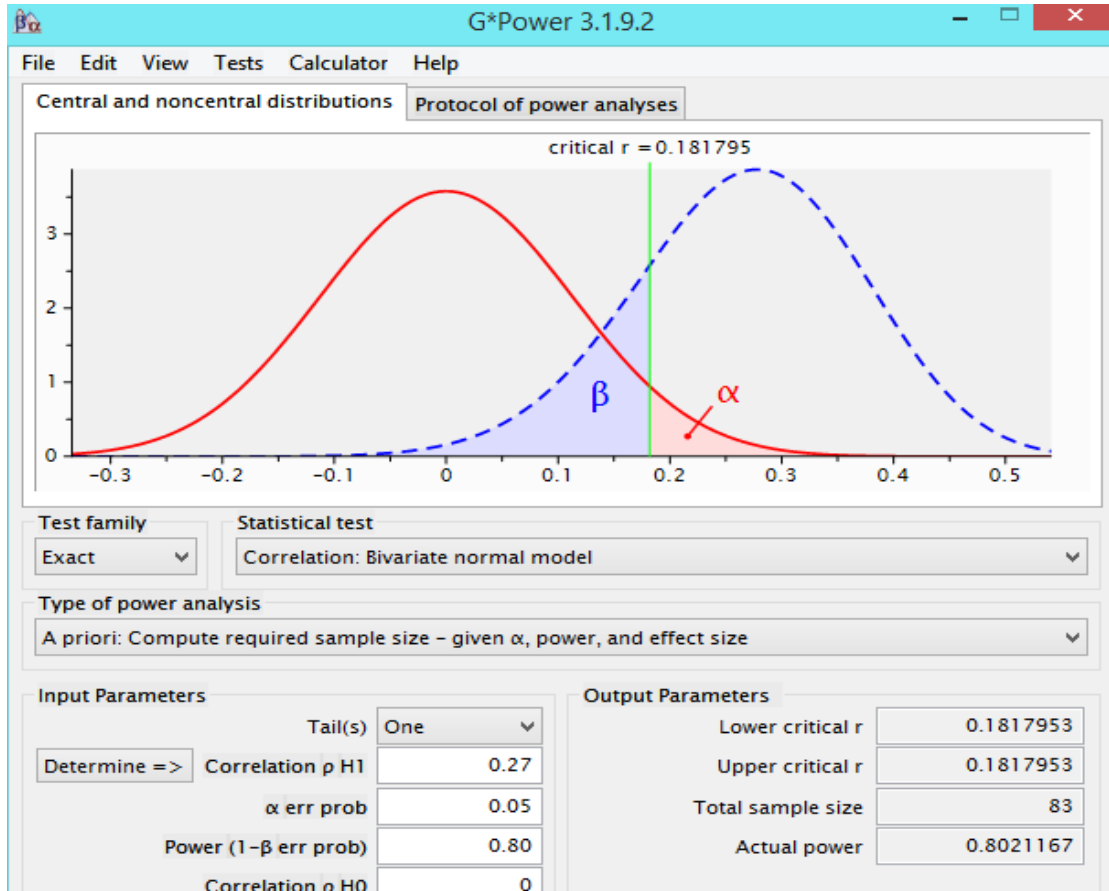
ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	0.72	1.05
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่า ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	0.64	1.04
3. ท่านรู้สึกเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	0.86	1.04
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมผู้ป่วย	0.73	0.95
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือ โกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	0.54	0.79
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนแย่ลง	0.23	0.72
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของท่าน	1.36	1.25
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน	1.16	1.24
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	0.24	0.60
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	0.23	0.65
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	0.55	0.98

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
12. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	0.52	1.03
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/ คบหากับเพื่อน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	0.49	1.02
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	1.27	1.43
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	0.64	1.01
16. ท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน	0.10	0.34
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	0.08	0.36
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน	0.01	0.11
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	0.34	0.65
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	0.61	0.90
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้	0.90	1.13
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน	0.22	0.72
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	12.45	10.73

ภาคผนวก ข

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007)



ภาพที่ 2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007)