

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาจารย์ จันทร์พานิชย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อาจารย์ จันทรพานิชย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา
ได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนได้ให้กำลังใจ ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข วิทยานิพนธ์จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนเวลา ในการศึกษาและการวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่าทุกวันนี้

อาจารย์ จันทร์พานิชย์

57920196: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ มุมมองเชิงบวกจากการดูแล

อาจารย์ จันทร์พานิชย์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS INFLUENCING POSITIVE ASPECTS OF CAREGIVING AMONG STROKE FAMILY CAREGIVERS) คณะกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์: วรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D., ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, Ph.D. 107 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ญาติผู้ดูแลเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในจังหวัดสระบุรี ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เครือข่ายทางสังคม แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาระในการดูแล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน และแบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีมุมมองเชิงบวก 3 อันดับแรก คือ ความรู้สึกดีกับตนเองที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลอันเป็นที่รัก ($\bar{X} = 4.72, SD = 0.51$) ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ($\bar{X} = 4.37, SD = 0.61$) และความรู้สึกว่ามีคนต้องการ ($\bar{X} = 4.35, SD = 0.58$) ตามลำดับ และปัจจัยกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน ($B = .367$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($B = .194$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($B = .177$) และการรับรู้ภาระการดูแล ($B = -.195$) สามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 49.1 ($R^2 = .491, p < .000$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพให้อยู่สูงขึ้น และช่วยระดับการรับรู้ถึงภาระการดูแล อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลต่อไป

57920196: MAJOR: COMMUNITY NURSING PRACTITIONER; M. N. S
(COMMUNITY NURSING PRACTITIONER)

KEYWORD: FAMILY CAREGIVER/ STROKE PATIENT/ POSITIVE ASPECTS OF
CAREGIVING

ARJAREE JUNPANIT: FACTORS INFLUENCING POSITIVE ASPECTS OF
CAREGIVING AMONG STROKE FAMILY CAREGIVERS. ADVISORY COMMITTEE:
WANNARAT LAWANG, Ph.D., CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D. 107 P.
2018.

Family caregivers are essential resources in the long-term care system for stroke patients. This predictive correlational research aimed to investigate the factors influencing the positive aspect of caregiving among stroke family caregiver. The participants of the study were 120 family caregivers of stroke patients in Saraburi province who were recruited based on multi-stage cluster sampling. Data was collected in March-April, 2017 using interviews including social networks, perceived social support, perceived caregiving burden, perceived self-efficacy, enrichment events in daily life, and positive aspects of caregiving. Data was analyzed by descriptive statistics and multiple regressions.

The results revealed that the positive aspect of caregiving among stroke family caregivers was rated at high levels. The three items most reported by family caregivers were feeling of good about myself to provide care for love one, feeling of more useful, feeling of appreciated from others. Results also indicated that enrichment events in daily life, perceived caregiving burden, perceived self-efficacy, and perceived health status, could explain the variation of the positive aspect of caregiving among stroke family caregivers by 49.1%.

Results suggest that community nurse practitioners and other health providers should develop program to improve the positive aspect of caregiving among stroke family caregivers. They should promote enrichment events in daily life, improve perceived self-efficacy, and manage health status, and also reduce perceived caregiving burden, in order to an effective caregiving role.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	11
มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล.....	21
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน.....	52
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58
ส่วนที่ 3 มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล.....	60
ส่วนที่ 4 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล.....	61
5 สรุปและอภิปรายผล.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	65
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	70
ข้อเสนอแนะการศึกษาและวิจัยครั้งต่อไป.....	70
บรรณานุกรม.....	71
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก.....	84
ภาคผนวก ข.....	102
ภาคผนวก ค.....	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	107

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แบบประเมินมุมมองเชิงบวกจากการดูแล	26
2 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง	40
3 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	48
4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	53
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	55
6 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย.....	57
7 จำนวนและร้อยละของเครือข่ายทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ..	59
8 คะแนนที่คาดหวัง คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวมของ และแปลผล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การระ การดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเองและกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	60
9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย แยกรายด้านและโดยรวม.....	61
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล.....	62
11 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ของญาติผู้ดูแล.....	64
12 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ของญาติผู้ดูแล.....	106

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2 รูปแบบของผลกระทบต่อสุขภาพจากการเป็นผู้ดูแล	19
3 กรอบแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.....	24
4 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	39

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD]) หรือที่เรียกว่า โรคอัมพฤกษ์อัมพาต (Stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จนเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำหน้าที่ผิดปกติไป (อิสริย์ วีระเสถียร, 2555) ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ช่วยรักษาเยียวยาผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีโอกาสรอดชีวิตในอัตราที่สูงขึ้น แต่สิ่งที่ตามมาคือ ความผิดปกติหรือความพิการทั้งแบบชั่วคราว และแบบถาวร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการศึกษา ของเจตจรรยา บุญญกุล (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการตามมา ทำให้มีข้อจำกัดด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และต้องการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น จึงสะท้อนว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

องค์การอัมพาตโลกรายงานว่า ในแต่ละปีมีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 60 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรโลกที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 5 ของประชากรอายุระหว่าง 15-69 ปี (World Stroke Organization [WSO], 2016) สำหรับประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ จาก 36.13 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 42.62 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับแรกของประชากรไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากสถานการณ์ดังกล่าวยืนยันว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยกำลังเผชิญหน้า ซึ่งทุกฝ่ายที่ไม่ควรมองข้ามและควรร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายที่สนองตอบต่อปัญหาโรคหลอดเลือดสมองโดยมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care system) ในระบบการดูแลระยะยาวนี้เน้นให้ความสำคัญกับการบูรณาการภาคีเครือข่ายในชุมชน กล่าวคือ การสนับสนุนทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแล และเชื่อมโยงบทบาทระหว่างครอบครัว ชุมชน สถานบริการในแต่ละระดับ และหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลอย่างชัดเจน (เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ซึ่งพื้นฐานสำคัญของการดูแลระยะยาว คือ การสนับสนุนให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวดูแลกันเอง

ที่บ้านเป็นหลัก อยู่ภายใต้การสนับสนุนจากชุมชนและภาครัฐ ซึ่งบุคคลกลุ่มแรกที่เข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวหรืออาจเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” (Family caregiver) โดยญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เปรียบเสมือนศูนย์กลางของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Hung et al., 2012) ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “ชุมพลพลังวิถึดูแลสุขภาพที่บ้าน” (รัชนี สรรเสริญ, 2551)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภารกิจที่มีความท้าทายเป็นอย่างยิ่งสำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีกิจกรรมจำนวนมาก อาทิ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การประคับประคองจิตใจ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติ (Jullamate, Azeredo, Poul, & Subgranon, 2006) แต่ละกิจกรรมยังมีลักษณะเฉพาะที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทาง เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกัน และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การให้ยา และการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ (กรรณิการ์ รักยิ่งเจริญ, 2557) และแต่ละกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน โดยเฉลี่ยวันละไม่ต่ำกว่า 12 ชั่วโมง (คูสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; Lawang, Horay, & Blackford, 2015) อีกทั้งมีความต่อเนื่องยาวนานในการดูแลหลายปี (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002) จากบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเฉพาะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ และอาศัยความพยายามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภารกิจดังกล่าวอาจส่งผลทั้งต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง (Lawang, 2013) และประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (Beach, Schulz, Jennifer, & Jackson, 2000) ดังนั้น การศึกษาผลที่ตามมาจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งที่พยายามและบุคลากรทางสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

เมื่อญาติผู้ดูแลตัดสินใจรับบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลจะเริ่มเรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย ทำความเข้าใจบริบทการดูแล พยายามปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ และพยายามค้นหาความหมายของการดูแลตามบริบทของแต่ละคน จนเกิดมุมมองหรือทัศนคติต่อการดูแลที่แตกต่างกันไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มุมมองที่เกิดขึ้นจากการดูแลมีทั้งในเชิงลบและเชิงบวก (วรรณรัตน์ ลาวัจ และรัชนี สรรเสริญ, 2559 ก; Martire & Schulz, 2000) ซึ่งมุมมองการดูแลทั้งสองล้วนมีความสำคัญเพราะสามารถเพิ่มหรือลดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล (Hunt, 2003) และยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่นำไปสู่การเพิ่มหรือลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพ (Martire & Schulz, 2000) กล่าวคือ มุมมองเชิงลบจากการดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจจากการเป็นผู้ดูแลจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านลบทางสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย (Beach et al., 2000; Lawang et al., 2015) ปัญหาสุขภาพจิต (Beach et al.,

2000; Lawang et al., 2015; Schulz et al., 2001) หรือปัญหาทางสังคม (Chumbler, Mann, Wu, Schmid, & Kobb, 2004; Waite, Bedington, Skelton-Robinson, & Orrell, 2004) ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตแย่ลง (Martire & Schulz, 2000) และนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ลดลงอีกด้วย (Ostwald, Bernal, Cron, & Godwin, 2009) จะเห็นได้ว่าการศึกษาลูกส่วนใหญ่ที่ผ่านมาต่างมุ่งให้ความสำคัญกับมุมมองเชิงลบจากการดูแล ในขณะที่มุมมองเชิงบวกจากการดูแล เช่น การได้รับประโยชน์จากการดูแล การทำบุญกุศล การได้ตอบแทนบุญคุณหรือความรู้สึกที่ดีจากการดูแลกลับถูกมองข้าม มีการศึกษาน้อยมาก (Hudson, 2004; Hunt, 2003; Sally & Susan, 2014) โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกของญาติผู้ดูแลโดยตรง ทั้ง ๆ ที่เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวกและช่วยป้องกันผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านลบได้อีกด้วย (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ, 2559 ก) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลควบคู่ไปกับมุมมองเชิงลบจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (Hunt, 2003) จึงสะท้อนภาพชัดเจนว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลในประเทศไทยยังต้องการการเพิ่มเติม

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Positive Aspects of Caregiving [PAC]) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้านบวกภายในตัวของผู้ดูแล กล่าวคือ เป็นประสบการณ์หรือความรู้สึกที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทผู้ดูแล (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ, 2559 ก) ได้แก่ ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการดูแลทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น และรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยมีความสุข ทำให้ตนเองเกิดความปิติ อิ่มเอมใจ พึงพอใจในการดูแล รวมทั้งมิตรภาพที่ดีขึ้น เป็นต้น (Noonan & Tennstedt, 1997) ทั้งนี้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลยังเป็นเสมือนตัวคั่นกลาง (Mediator) ของการทำหน้าที่ผู้ดูแลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Cassidy, 2013) กล่าวคือ มุมมองเชิงบวกจากการดูแลช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Kathrin, Richard, & Amy, 2004) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขในการดูแลผู้ป่วย (Horwitz, Reinhard, & Howell-White, 2004) และที่สำคัญยังเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hunt, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศเริ่มศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา (Nolan & Grant, 1990) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Farran, Loukissa, Perraud, & Paun, 2003; Hellstrom, Nolan, & Lundh, 2005; Kathrin et al., 2004; Rankin, Haut, & Keefover, 2001; Rapp & Chao, 2000; Tarlow et al., 2004) บางส่วนศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (Carwright, Archold, Stewart, & Limandri, 1994; Lyonette & Yardley, 2003) ผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคมะเร็ง (Li & Loke, 2014) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2013) ซึ่งผลการศึกษาระบุว่า ภายหลังจากผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลแล้ว รู้สึกดี เกิดมุมมองเชิงบวก จากการดูแลแตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การศึกษามุมมองเชิงบวกจากการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อมุมมองดังกล่าวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

การอธิบายปรากฏการณ์ของมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต้องอาศัยการเชื่อมโยงเหตุปัจจัยอย่างเป็นเหตุเป็นผล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีนักวิชาการ (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010; Martire & Schulz, 2000) ได้พยายามอธิบายแนวคิด และปัจจัยเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล แต่ยังไม่พบทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ทั้งหมดได้ชัดเจนภายในทฤษฎีเดียว ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุมสาระที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์กรอบแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของ Carbonneau et al. (2010) ซึ่งได้ระบุปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่มุมมองเชิงบวกจากการดูแลไว้ 2 ประการ คือ 1) การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ดูแล และ 2) การปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นมาสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลในการศึกษารุ่นนี้ได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Gold, Cohen, Shulman, Andres, & Etezadi, 1995; Harwood, Barker, Ownby, Agüero, & Ranjan, 2000; Tarlow et al., 2004) 3) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน (Carwright et al., 1994; Carbonneau et al., 2010)

ในส่วนของปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ดูแล อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงวุฒิภาวะ ผู้ดูแลที่มีอายุมากย่อมผ่านประสบการณ์ชีวิตจะเกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่า ส่งผลให้เกิดการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (Cassidy, 2013; Harwood et al., 2000; Kang et al., 2013; Lin, Holly, & Wu, 2012; Tarlow et al., 2004) เพศ เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความคาดหวังของสังคมในบริบทสังคมไทยผู้หญิงจะถูกปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเมื่อปฏิบัติตามความคาดหวังก็จะเกิดมุมมองที่ดีและมีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแล (Harwood et al., 2002; Tarlow et al., 2004) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สะท้อนความพร้อมของร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่แข็งแรงจะมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง (Hudson, 2004) และมีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวก

จากการดูแล (Harwood et al., 2002; Tarlow et al., 2004)

สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยที่แสดงถึงแหล่งสนับสนุนทั้งจากครอบครัว เครือญาติ บุคลากรสุขภาพ เจ้าหน้าที่ และชุมชนที่ญาติผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือหรือพึ่งพาได้ในขณะปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีเครือข่ายมากเท่าไร ก็จะไม่รู้สึกว่าคุณทอดทิ้งจนส่งเสริมให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven, & Remmen, 2012) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลว่า ที่ผ่านมามีได้รับการช่วยเหลืออย่างไรจากเครือข่ายทางสังคม อาทิ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเงินทอง ด้านข้อมูลข่าวสารหรือด้านประเพณีพฤติกรรม หากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณได้รับการตอบสนองต่อความต้องการแล้วจะนำไปสู่การเผชิญกับสถานการณ์การดูแลที่เหมาะสม ไม่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง นำไปสู่การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Cassidy, 2013; Kang et al., 2013; Li & Loke, 2014; Lin, Holly, & Wu, 2012)

ปัจจัยสุดท้ายเป็นปัจจัยด้านบริบทการดูแล การรับรู้ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความยากลำบากในการดูแลว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยญาติผู้ดูแลที่มีรับรู้ภาระการดูแลน้อย จะมีโอกาสเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2001; Cassidy, 2013; Kang et al., 2013; Kate et al., 2013) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลที่มีต่อสมรรถนะของตนเองในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและความต้องการของตนเอง หากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงก็จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการทำบทบาท และสามารถจัดการตนเองได้จนเพิ่มมุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Carbonneau et al., 2010; Lin et al., 2012) สุดท้ายกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลได้กระทำในชีวิตประจำวันทั้งทำเอง และกระทำร่วมกับผู้อื่น เกิดความรู้สึกสนุกสนาน ความประทับใจ การผ่อนคลายในชีวิตประจำวัน (Hellstrom et al., 2005) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแล

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า ญาติผู้ดูแลเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว การทำหน้าที่ผู้ดูแลทำให้เกิดมุมมองทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญและศึกษาคบคู่กันไป แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มุมมองเชิงบวกจากการดูแลที่ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวกนั้นถูกละเลย ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการเติมเต็มองค์ความรู้ดังกล่าวจึงได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปพัฒนากลวิธีสร้างมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีสำหรับตัวญาติผู้ดูแลเอง และสามารถดำรงรักษายาบทบาทการดูแลได้ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล โดยการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เครื่องช่วยทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล (อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (เครื่องช่วยทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านการดูแล (การรับรู้การดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน) สามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

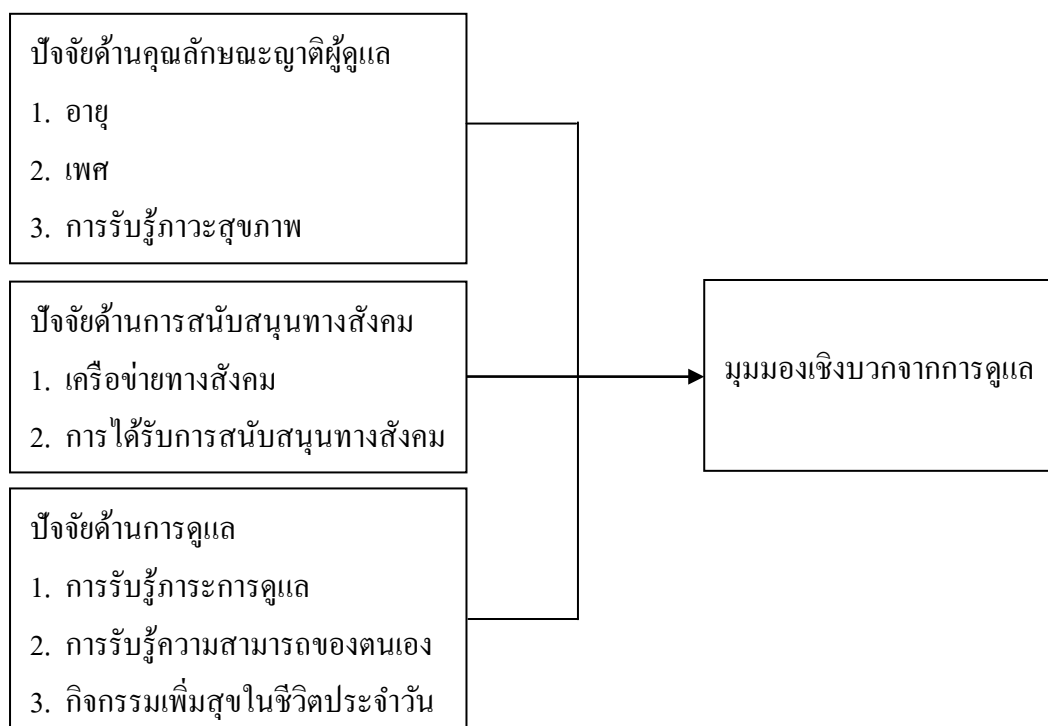
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลของ Carbonneau et al. (2010) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลของ Carbonneau et al. (2010) ได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์บทความวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแล จำนวน 40 เรื่อง ซึ่งอธิบายองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกจากการดูแลไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นด้านสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ด้านความรู้ถึงความสำเร็จในการดูแล และด้านการให้ความหมายในบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยระบุถึงปัจจัยด้านบริบทการดูแลที่จะนำไปสู่มุมมองเชิงบวกจากการดูแล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ Carbonneau et al. (2010) ยังกล่าวถึง ปัจจัยอีก 2 ด้านที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านว่า มีผลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวก คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัย

ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญสิ่งต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาบูรณาการใช้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลที่ให้การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ ทั้งด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านเงินทอง การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไว้ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน มาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 120 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีตัวแปรในการศึกษาดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน
2. ตัวแปรตาม คือ มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาจเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลานหรือเครือญาติ และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke patient) หมายถึง บุคคลอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุการแตก ตีบ และอุดตันของหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะที่หลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ส่งผลทำให้เกิดอาการทางคลินิกของระบบประสาท

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Positive aspects of caregiving) หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงการได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และการมองชีวิตในด้านบวก ภายหลังจากทำหน้าที่ผู้ดูแล ครอบคลุมสาระเกี่ยวกับการยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแลด้วยตนเองและการมองชีวิตเชิงบวก ประเมินโดยใช้แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแล (Positive aspects of caregiving scale) ที่สร้างโดย Schuz and Williams (1997) พัฒนาโดย Tarlow et al. (2004) และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรรพรรณ แพนคง, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และทศพร คำผลศิริ (2559)

อายุ (Age) หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ญาติผู้ดูแลเกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์ หากมีอายุเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนให้ปัดขึ้นเป็นปีถัดไป

เพศ (Sex) หมายถึง สภาวะเพศของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของญาติผู้ดูแลครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประเมินโดยใช้ Visual

Analog Scale [VAS]

เครือข่ายทางสังคม (Social network) หมายถึง จำนวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลสามารถขอรับความช่วยเหลือ สนับสนุน และสามารถพึ่งพาได้ในขณะปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เครือข่ายระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล และเครือข่ายระดับทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support) หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านเงินทอง การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรม ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547)

การรับรู้ภาระการดูแล (Perceived caregiving burden) หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุม 4 ด้านคือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน ประเมินโดยใช้แบบวัดภาระการดูแล (Zarit burden interview) ของ Zarit, Reever, and Bach-Peterson (1980) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุยฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัจ (2554)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อสมรรถนะของตนเองในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและของตนเอง ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุม 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการจัดสรรเวลาพักผ่อน การรับรู้ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถในการจัดการความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับการดูแล ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล ฉบับปรับปรุง (Revised-scale for caregiving self-efficacy) ของ Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, and Bandura (2002) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัจ และรัชณี สรรเสริญ (2559 ข)

กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน (Enrichment events in daily life) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน และพึงพอใจ ทำให้เกิดความสุข ครอบคลุม 2 ด้าน คือ กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลได้กระทำในชีวิตประจำวันทั้งทำเอง และกระทำร่วมกับผู้อื่น ประเมินจากแบบสัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน (The Pleasant Events Schedule-AD [PESAD]) ของ Logsdon and Teri

(1997) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย วรรณรัตน์ ถาวัง และรัชณี สรรเสริญ (2559 ค)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าและทบทวนตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 ผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล
 - 2.1 คำจำกัดความมุมมองเชิงบวกจากการดูแล
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล
 - 2.3 แนวทางการประเมินมุมมองเชิงบวกจากการดูแล
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุคคลผู้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และให้การดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในระดับโลกและประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด

ในการศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า ภาวะที่หลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ส่งผลทำให้เกิดอาการทางคลินิกของระบบประสาท

กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ (ขวัญฟ้า ทาอิมคำ, 2554)

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) คือ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) หรือการอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) โดยพบผู้ป่วยประมาณ 80-90 %
2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) คือ การแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเองทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือเกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับสาเหตุ โรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการตีบหรืออุดตัน จะต้องทำให้เลือดไหลเวียนได้อย่างปกติทันเวลา โดยให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้เนื้อสมองฟื้นตัวหรือเซลล์สมองเสียหายน้อยที่สุด ในขณะที่โรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการแตกและมีเลือดออกในสมอง จะต้องทำการควบคุมปริมาณเลือดที่ออกมาด้วยการรักษาความดันโลหิต หรือหากออกมากจำเป็นต้องมีการผ่าตัด (ขวัญฟ้า ทาอิมคำ, 2554) ถึงแม้จะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างไรก็ตาม จากภาวะโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และรุนแรง และพยาธิสภาพของโรคที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็มีโอกาสที่จะมีความพิการ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมา จากการศึกษาของเจตจรรยา บุญญกุล (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการตามมา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และต้องการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น

จากโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมามากมายต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วนั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อสังคมได้อีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อตัวผู้ป่วย จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท เนื่องจากมีความบกพร่องในระบบไหลเวียนเลือดในสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพทำให้เกิดความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 50 มีความรุนแรงของความพิการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง อาทิ การสูญเสียการทรงตัว ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การรับรู้ การประมวลข้อมูล เป็นต้น (อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2557) ซึ่งข้อจำกัดทางด้านร่างกายดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตทั้งหมดที่บ้าน (Corrozzella & Janch, 2002)

ด้านจิตใจ เมื่อเกิดพยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง ยังส่งผลถึงด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยผู้ป่วยมักเกิดความกลัวและวิตกกังวลกับสภาพความพิการของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ทำให้เกิดการการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง คุณค่าในตนเองลดลงและบทบาทในสังคมลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งภาวะนี้จะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถึงร้อยละ 22-28 (Kneebone & Lincoln, 2012)

ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะไม่สามารถกระทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาททางสังคม ผู้ป่วยบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวก็ไม่สามารถหารายได้เข้าครอบครัวได้เช่นเดิม (Gaynor, 1990) และยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ในสังคมและการปฏิบัติงานด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อและการมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ลดน้อยลง (นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทฤต และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556) ซึ่งผลกระทบด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องการให้ญาติผู้ดูแล ให้กำลังใจ และส่งเสริมการเข้าสังคมมากขึ้น

ด้านจิตวิญญาณ จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจําพาไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น มองว่าตนเองมีปมด้อย ความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ขาดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเองหมดความหวังในชีวิต ซึ่งผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการมองโลกและทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกับการเจ็บป่วยได้

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่เพียงแต่ต้องการการดูแลแค่ด้านร่างกายเท่านั้นแต่ต้องการการดูแลแบบองค์รวมไปถึงทั้ง จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลและฟังฟังผู้อื่นซึ่งการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ค่อนข้างมีความจำเพาะและต่อเนื่อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทที่สำคัญคือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล ส่งผลทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมากมาย ไม่ว่าจะเป็นในด้าน การดูแลในแต่ละวัน ด้านเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ด้านบทบาทและหน้าที่ครอบครัวเพื่อที่จะดำรงรักษาคุณภาพของครอบครัวไว้ ตลอดจนด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแล หากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหานี้ได้ก็จะนำไปสู่ปัญหาในด้านอื่น ๆ ที่จะตามมาอีกมากมาย อาทิเช่น ปัญหาสุขภาพ (อนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ, 2557) ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) หรือแม้กระทั่งปัญหาหนี้สินของครอบครัว (ชญัญญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547)

3. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อสังคมและประเทศชาติ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับประชาชนไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น ชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขยังต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ ทำให้ผู้มีการหมุนเวียนเข้ารับการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการรายงานถึงต้นทุนทางตรง (Direct cost) สำหรับการรับบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557) ในกรณีผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดค่าต้นทุนในการดูแลรักษาพยาบาล 1,498.79 บาทต่อวันนอน สำหรับในกรณีผู้ป่วยนอก รายละ 1,010.22 บาทต่อครั้ง พร้อมทั้งยังมีค่าเสียโอกาส (Indirect cost) เนื่องจากการขาดงาน และความพิการคิดเป็น 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,667.79 บาทต่อปี และยังพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย

จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดผล ส่งผลกระทบต่อทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น จำเป็นต้องวางแผนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระยะยาวและต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมององค์การอนามัยโลก (WSO, 2014) มุ่งเน้นให้ประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค พัฒนาระบบการรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสร้างผู้เชี่ยวชาญในการดูแลและแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยมีนโยบายให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นชิน โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการลดภาระโรค และหลีกเลี่ยงการสูญเสียจากโรคเรื้อรัง โดยมีการกำหนดนโยบายในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมไปถึงให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งหนึ่งในรูปแบบการจัดบริการที่ตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าวคือ ระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน (Long-term care system) ซึ่งเป็นระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของผู้ประสพภาวะยากลำบากหรือภาวะพึ่งพิง โดยมีรูปแบบที่เป็นทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งระบบบริการนี้มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานของภาคีเครือข่าย กล่าวคือ เน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วน มีการแบ่งปันความเป็นหุ้นส่วนความรับผิดชอบและเชื่อมโยงบทบาทระหว่างครอบครัว ชุมชน สถานบริการในแต่ละระดับ และหน่วยงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2556) ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง มีรายละเอียดกิจกรรมมาก ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การปรับประคับประคองจิตใจ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งแต่ละกิจกรรมต่างมีความท้าทายสำหรับญาติผู้ดูแล (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554)

ญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลผู้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ให้การดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา มีผลให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เปรียบเสมือน “ชุมพลทั้งทีคุณ การดูแลสุขภาพที่บ้าน” (รัชณี สรรเสริญ, 2551) ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครบทั้งองค์รวมและต่อเนื่อง บุคคลกลุ่มนี้จึงเป็นอีกหนึ่งกลุ่มเป้าหมายของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือไม่น้อยไปกว่ากลุ่มผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นกลุ่มที่ต้องเน้นให้สามารถดูแลตนเองแต่อยู่ภายใต้การดูแลจากทางภาครัฐและชุมชน ซึ่งถือว่าพื้นฐานการดูแลจะเริ่มที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก แต่ด้วยข้อจำกัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลตามกิจกรรมการดูแลที่กล่าวข้างต้น รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นดูแลในการดำเนินชีวิตที่บ้านอย่างมาก โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว

หรือที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” (Family caregiver)

ในปัจจุบันกลุ่มญาติผู้ดูแลจึงได้รับความสนใจในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งมีการให้ความหมายของการดูแลและญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ดังนี้

การดูแล (Caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับ ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Kane & Kane, 2000) สอดคล้องกับ วรรณรัตน์ ลาวัณ และรัชณี สรรเสริญ (2559 ก) ที่ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลเป็นการปฏิบัติหรือกระบวนการในการช่วยเหลือแบบองค์รวมแก่บุคคลอื่นที่ประสบภาวะยากลำบากและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

ทั้งนี้ บุคคลที่ทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ที่บ้าน เรียกว่า “ผู้ดูแล” (Caregiver/ Carers) มีผู้ให้ความหมายไว้เพิ่มเติมว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

ผู้ดูแลสามารถแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1. แบ่งตามความเป็นทางการสามารถแบ่งได้ 2 ประเภทหลัก ๆ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546)

1.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพที่ผ่านการศึกษารูปแบบในเรื่องการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างที่จ้างมาทำหน้าที่ในการดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ หรือผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้

1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือแก่ผู้รับการดูแล โดยที่ไม่รับการฝึกฝนทักษะหรือการอบรมในการดูแลมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เหตุผลในการดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้มีดังนี้

2.1 ผู้ดูแลหลัก (Main/ Major/ Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้รับการดูแล การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่าง ๆ เป็นต้น โดยมีระยะเวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในองค์กรหรือเครือข่ายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้การดูแลอย่างเดียวหรืออาจจะมีส่วนร่วมแค่ในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ใช่การดูแลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลักหรือผู้ช่วยในการดูแลหลักเท่านั้น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ เน้นศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน หรือญาติ ที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” (Family caregiver) ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทสังคมไทย ผู้ดูแลในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สำคัญ และมีบทบาทมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว และญาติผู้ดูแลที่เป็นบุคคลผู้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และให้การดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

ผู้ดูแล คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากโรค พิกการ ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าจ้างหรือรางวัล (รัชณี สรรเสริญ, 2551)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ให้ความหมายว่า ญาติผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทนให้การดูแลด้วยความรักความเอื้ออาทร

ในการศึกษานี้ให้คำจำกัดความของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาจเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลานหรือเครือญาติ และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการพึ่งพาดูแลจากผู้อื่นในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาพยาบาลที่หลงเหลือจากการเกิดโรค รวมไปถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทย (คูสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; สมพร ปานผดุง, กิตติกรนิลมานัต และลัทธภา กิจรุ่งโรจน์, 2556; Lawang, 2013; Spurlock, 2005) และต่างประเทศ (Caregiving in the United State, 2015; Kruihof, 2012) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

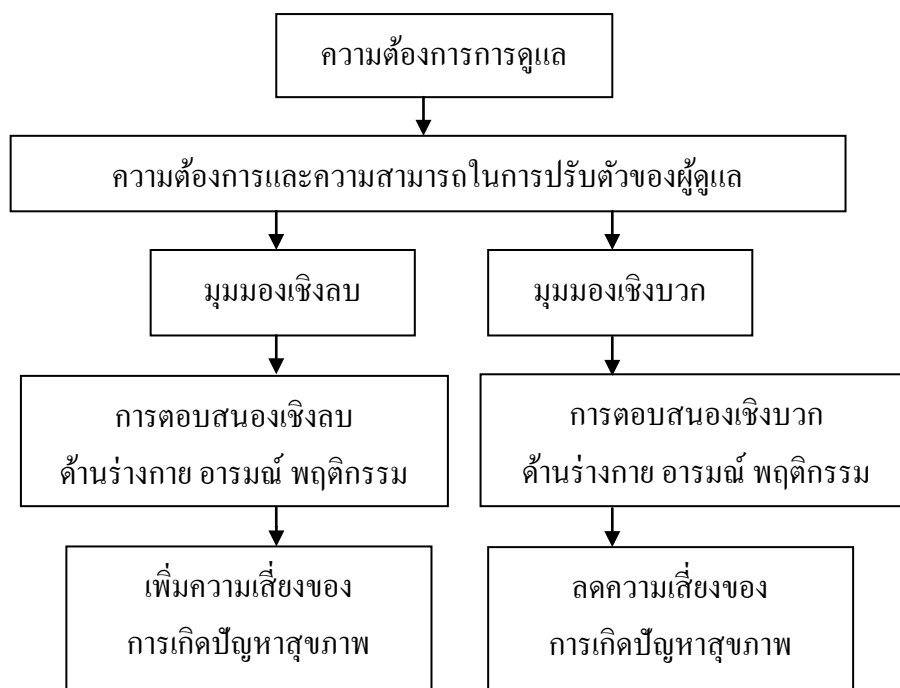
ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนมากเป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยกลางคน อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ในขณะที่คุณสมบัติของญาติผู้ดูแลในประเทศไทยไม่ได้ประกอบอาชีพ และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ซึ่งต่างจากต่างประเทศที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพและไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

ด้านบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลจำนวนมาก รายละเอียดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนกิจกรรมที่ยาก และมีมาก ซึ่งในการดูแลไม่เพียงแต่มุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกายของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลให้ครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย ประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Jullamate et al., 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แต่ละกิจกรรมในการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยเทคนิคเฉพาะในการดูแล อีกทั้งในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันใช้เวลานาน ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นกิจกรรมที่ยาก (กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ, 2557) และต้องใช้ทักษะเฉพาะในการดูแล (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) แต่ละวันใช้เวลายาวนานมากกว่าวันละ 12 ชั่วโมง และญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยทั้ง 7 วัน/ สัปดาห์ (คูสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) และต้องมีความต่อเนื่องยาวนานหลายปี (Bakas et al., 2002)

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหนึ่งคนจึงเป็นงานที่ทำทนายสำหรับญาติผู้ดูแลเพราะเป็นงานที่มาก หนัก ยาก ซึ่งจำเป็นต้องมีทักษะที่จำเพาะเจาะจง และใช้ระยะเวลา ยาวนาน ซึ่งผลกระทบที่ตามมาย่อมมีผลต่อญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อญาติผู้ดูแล

ในสถานการณ์จริงของการดูแล ญาติผู้ดูแลจะเรียนรู้ทำความเข้าใจกับการดูแลของตนเอง ให้เข้าถึง ซึ่งสิ่งนี้จะนำไปสู่มุมมอง/ ทศนคติ/ ประสบการณ์การดูแลที่แตกต่างกันออกไปทั้งในเชิงลบและเชิงบวก ซึ่งมุมมองทั้งเชิงบวกและเชิงลบจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล จากรูปแบบผลกระทบทางสุขภาพจากการดูแล (Martire & Schulz, 2000) ได้อธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ตามมาจากมุมมองทั้งสอง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบของผลกระทบต่อสุขภาพจากการเป็นผู้ดูแล

จากความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ญาติต้องมีการปรับตัวต่อการรับบทบาทหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งจากการปรับตัวในการรับบทบาทหน้าที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการดูแล มุมมองเชิงลบจากการดูแล มักจะเกิดขึ้นภายหลังที่ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยญาติผู้ดูแลจะเกิดความการรับรู้การดูแล หรือเกิดการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลขึ้นอยู่กับวิธีการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Lin et al., 2012) ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะเป็นตัวกลางทำให้เกิดผลด้านลบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลหรือเป็นการเพิ่มความเสียหายของการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสามารถสรุปผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแง่ลบทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย จากเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ญาติผู้ดูแล ดูแลตนเองน้อยลง (Tsukasaki et al., 2006; Lawang, 2013) ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเพิ่มความเสียหายของการเกิดปัญหาสุขภาพ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) ซึ่งจากผลดังกล่าวยังส่งผลในระยะยาวให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมาได้อีกด้วย (กุลธิดา พานิชกุล และอดิพร ตำรายบัว, 2556; ดุสิต จันทยานนท์

และคณะ, 2554; Mclean, Ropper-Hall, Mayer, & Main, 1991)

2. สุขภาวะทางจิตใจ จากภาระการดูแลที่มีมากและมีความยุ่งยากซับซ้อนแล้ว ญาติผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่ในการประคับประคองจิตใจ และรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสม เกิดความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ จนในที่สุดส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้ยาต้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกกุลหงส์โสภณ, 2557;)

Beach et al., 2000

3. สุขภาวะทางสังคม จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และมีภาระการดูแลที่มากส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ พรารวม สวนจันทร์ (2550); อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ จิวพัฒนานนท์ และลักขณา กิจรุ่งโรจน์ (2555) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม จากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าสังคม เวลาส่วนตัวลดลง ขาดอิสรภาพ มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง

ในทางกลับกันมุมมองเชิงบวกกลับเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกของภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล กล่าวคือ เมื่อเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลแล้ว มุมมองเชิงบวกจากการดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล และลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพด้วย ดังนั้นมุมมองเชิงบวกจากการดูแลจึงเป็นจุดแข็งที่สำคัญและเป็นตัวเชื่อม (Mediator) ที่จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลข้ามผ่านปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (วรรณรัตน์ ลาวัณ และรัชณี สรรเสริญ, 2559 ก)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ (Hunt, 2003; Hudson, 2004; Green and King, 2010) ที่ผ่านมามีพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เน้นให้ความสำคัญมุมมองเชิงลบจากการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่พบว่า โปรแกรม/ กลวิธีที่พัฒนาสำหรับญาติผู้ดูแลเน้นพัฒนาความสามารถการดูแลและลดผลกระทบจากมุมมองเชิงลบจากการดูแลของญาติผู้ดูแล (Lawang, 2013) จากข้างต้นสะท้อนว่า มุมมองเชิงบวกจากการดูแลยังถูกมองข้าม องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของญาติผู้ดูแลยังต้องการการเพิ่มเติม จึงจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการศึกษามุมมองเชิงบวกและคงไว้ซึ่งการศึกษามุมมองเชิงลบควบคู่กันไป (Hunt, 2003) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่ดี

มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

คำจำกัดความมุมมองเชิงบวกจากการดูแล

มุมมองเชิงบวกจากการดูแลเป็นมโนทัศน์ที่กว้าง จากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

Hunt (2003) ให้ความหมายว่า มุมมองเชิงบวกจากการดูแลคือ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การให้คุณค่าต่อการดูแล และการได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

Hilgeman, Allen, Decoster, and Burgio (2007) ให้ความหมายของมุมมองเชิงบวกจากการดูแล หมายถึง การเกิดความรู้สึกที่ดีในการให้การดูแล และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

วรรณรัตน์ ตาวัง และรัชณี สรรเสริญ (2559 ก) ที่ได้ให้ความหมายของมุมมองเชิงบวกจากการดูแลไว้ว่า ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลในการรับรู้ประโยชน์หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาททำหน้าที่การดูแล

ทั้งนี้ มีนักวิชาการใช้คำที่คล้ายคลึงกันมาช่วยในการอธิบายความหมายของมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ได้แก่

1. การได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการดูแล (Gain in the caregiving experience) (Hunt, 2003; Sally & Susan, 2014)
2. ประโยชน์จากการดูแล (Caregiving benefit)
3. การมีความสุขจากการดูแล (Enjoyment of caregiving) (Sally & Susan , 2014)
4. รางวัลที่ได้รับจากการดูแล (Reward of caregiving)
5. การให้ความหมายของการดูแล (Finding or making meaning through caregiving) (Hunt, 2003)

6. การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) (Hunt, 2003)

7. การให้คุณค่าต่อการดูแล (Uplifts of caregiving) (Hunt, 2003)

การวิจัยนี้ให้ความหมาย มุมมองเชิงบวกจากการดูแลว่า หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ที่รับรู้ถึงการได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และการมองชีวิตในด้านบวกภายหลัง การทำหน้าที่ผู้ดูแลหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลมีนักวิชาการ ได้กล่าวถึงการเกิด มุมมองเชิงบวกจากการดูแลไว้ดังนี้

วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ (2559 ก) ได้อธิบายการเกิดมุมมองเชิงบวกที่เกิดจากการดูแลไว้ว่า การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลสามารถพิจารณาเป็น 2 มิติ คือ 1) มิติด้านการคิดรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายในอย่างเป็นเหตุเป็นผล อาทิเช่น จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลได้ประโยชน์ ทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น เป็นต้น 2) มิติด้านอารมณ์ความรู้สึกเป็น ความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นภายใน เช่น จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสนุก เกิดมิตรภาพ ปิติ อิ่มเอมใจ พึงพอใจในการดูแล เป็นต้น ซึ่งสองมิติข้างต้นนี้นำไปสู่การเกิดมุมมองด้านบวกที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ดูแล โดยจัดกลุ่มมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ 3 กลุ่ม คือ

1. การรับรู้ความสำเร็จที่เกิดจากการดูแลเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่รู้สึกถึงความสามารถ และพัฒนาการของตนเองที่เพิ่มขึ้นรวมถึงความสำเร็จจากการดูแลของตนเอง
2. การรับรู้ความหมายที่แท้จริงของการดูแล เป็นความรู้สึกเห็นคุณค่าของการเป็นผู้เสียสละ พื่อใจในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนซาบซึ้งใจจากการได้รับการยอมรับจากคนอื่น
3. การรับรู้สัมพันธภาพที่ดีขึ้นจากการดูแล เป็นความรู้สึกผูกพันที่เพิ่มขึ้นระหว่างการให้การดูแลซึ่งเกิดเป็นสัมพันธภาพและมิตรภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล

Carbonneau et al. (2010) ได้ศึกษากรอบแนวคิดการเกิดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล (A conceptual framework of positive aspects of caregiving) โดยสร้างกรอบแนวคิดนี้ จากการค้นคว้าบทความวิจัยเกี่ยวกับจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 40 เรื่อง สามารถอธิบายแนวคิดเป็น 3 ส่วน ได้แก่ องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวก ผลลัพธ์ของมุมมองเชิงบวก และปัจจัยชี้้นำการเกิดมุมมองเชิงบวก ซึ่งมีรายละเอียดได้ดังนี้

องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกจากการดูแล Carbonneau et al. (2010) ได้ระบุถึงความรู้สึกด้านดีที่เกิดจากทำหน้าที่การดูแลไว้ 3 ประเด็น ได้แก่

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ซึ่งการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเกิดความความใกล้ชิด สนุกสนม เข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น จนเกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความรักความผูกพันกันมากขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดความสุขที่ได้เป็นทั้งผู้รับและเป็นผู้ให้อิ่มเอมใจในการได้ทำหน้าที่ เกิดเป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน
2. ความรู้สึกถึงความสำเร็จในการดูแล เมื่อผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ในบทบาทของตนอย่างเต็มความสามารถ จนทำให้ผู้รับการดูแลนั้นมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ดูแลจะเกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น จึงเกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จในการทำหน้าที่ของตนในบทบาทผู้ดูแลตามมา
3. การให้ความหมายในบทบาทการดูแล เป็นความรู้สึกด้านบวกถึงการพัฒนาการของตนเองในการให้ความหมายของชีวิตประจำวันจากการดูแล ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา

ความพึงพอใจและรากฐานความคิดที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลข้ามข้อจำกัดต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ จนทำให้รู้สึกถึงประสบการณ์ของผู้ดูแล

เมื่อผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ของตนเองจนเกิดความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ของตนนั้นเป็นบทบาทที่ยิ่งใหญ่ และมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับการดูแลนั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการให้ความหมาย และให้คุณค่าของบทบาทผู้ดูแลตามมา ซึ่งจากองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกทั้ง 3 ประการที่กล่าวไว้ข้างต้นจะส่งผลลัพธ์ให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนตามมา

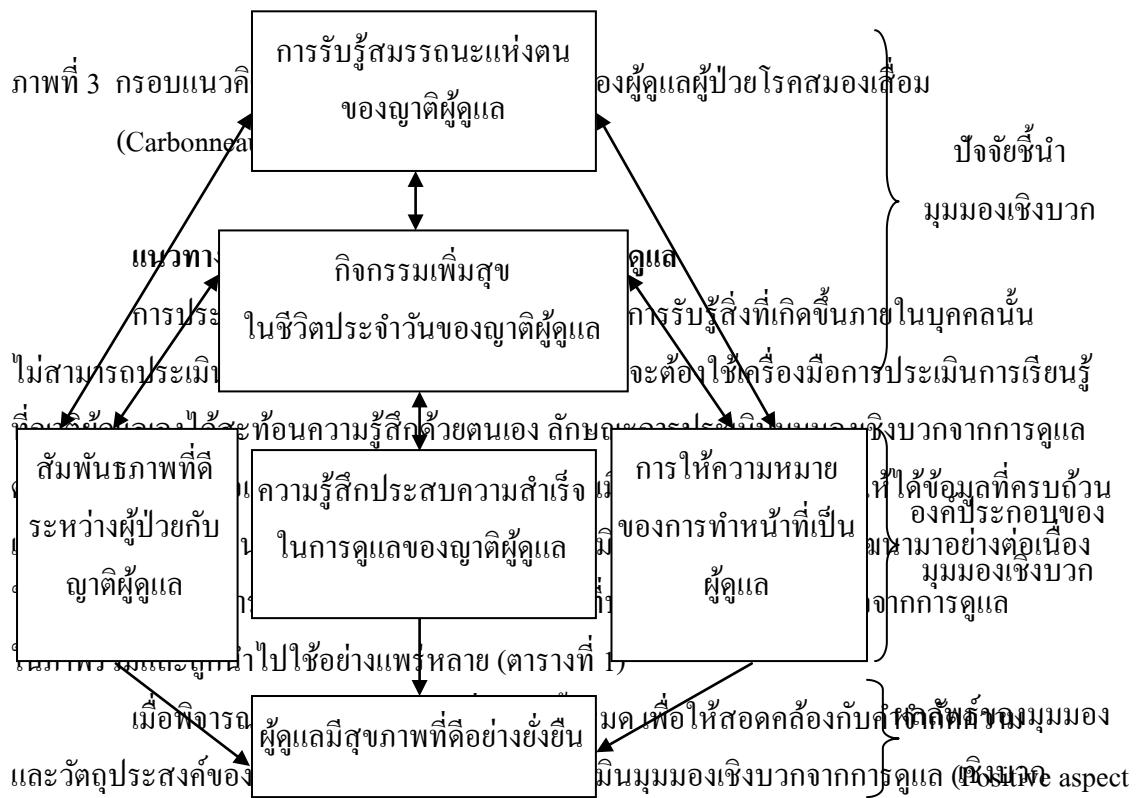
Carbonneau et al. (2010) ยังระบุปัจจัยชี้้นำ 2 ปัจจัยด้านบริบทการดูแลที่สำคัญที่จะนำไปสู่มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล ได้แก่

1. ปัจจัยด้านกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ในระหว่างการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการให้การดูแล ญาติผู้ดูแลยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เกิดความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่นี้เป็นตัวบั่นทอนชีวิตประจำวันของตน สามารถมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน พึงพอใจ ก็จะรู้สึกดีต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

2. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความสามารถ ทักษะ ในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในการให้การดูแล ถึงแม้ระหว่างการทำหน้าที่จะเกิดปัญหาและอุปสรรค ก็จะไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความย่อท้อ และสามารถก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคนั้นได้ จากความมั่นใจที่เกิดขึ้นส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้

ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยยังมีความสัมพันธ์ที่เสริมซึ่งกันและกันทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกมากขึ้น

จากข้างต้นสะท้อนว่า หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแลและได้ปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันขณะปฏิบัติหน้าที่ดูแล ทั้งความรู้สึกถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล มีความสำเร็จในการดูแล และสามารถให้ความหมายในบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นตัวแปรสำคัญที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีคือ การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (ภาพที่ 3)



พัฒนาโดย Tarlow et al. (2004) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ แผนคง และคณะ (2559) เป็นเครื่องมือที่มีองค์ประกอบครอบคลุมมุมมองเชิงบวกจากการดูแลหลายด้าน และมีความสอดคล้องกับคำนิยามของมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ซึ่งเครื่องมือมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแลด้วยตนเอง ได้แก่ ตนเองมีประโยชน์มากขึ้น รู้สึกดีกับตนเองที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก มีคนต้องการตนเองมากขึ้น รู้สึกได้รับการขอบคุณตนเอง มีความสำคัญ และตนเองเข้มแข็งมากขึ้น 2) การมองชีวิตเชิงบวก ได้แก่ รู้สึกชื่นชมกับชีวิตมากขึ้น ทำให้ตนเองได้พัฒนาทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พร้อมทั้งในข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมที่จะนำไปศึกษาขั้นพื้นฐานของการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจะใช้แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Positive aspects of caregiving scale) ในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 1 แบบประเมินมุมมองเชิงบวกจากการดูแล

เครื่องมือ (ที่มา)	องค์ประกอบ	มาตรการวัด/ จำนวนข้อ	การแปลผล	การนำไปใช้/ คุณภาพเครื่องมือ	การพัฒนาฉบับภาษาไทย
1. Positive Aspects of Caregiving [PAC] (Tarlow, 2004)	1. การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแลด้วยตนเอง 2. การมองชีวิตเชิงบวก	5 ระดับ/ 11 ข้อ	ถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในระดับสูง	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 313 ราย ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ .89	อรรวรรณ แพนคง และคณะ (2559) พัฒนาในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ลดจำนวนเหลือ 9 ข้อ จำนวน 72 ราย ได้ค่าแอลฟาของครอนบาค .76
2. Rewards of Caregiving Scale: RCS-mv (Archbold, Stewart, & Lucas, 1993)	1. การเรียนรู้ 2. การได้คอยช่วยเหลือ 3. การทำให้ชีวิตมีความหมาย 4. การเติมเต็มจิตวิญญาณ	5 ระดับ/ 26 ข้อ	ถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลมีการรับรู้รางวัลที่ได้รับจากการดูแลในระดับสูง	ญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ไม่ได้ระบุจำนวน ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ อยู่ระหว่าง .67- .93	1. Wirojratana (2002) พัฒนาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88 2. เกวลิน แสงบุญ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และมยุรี แก้วจันทร์ (2545) นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือ (ที่มา)	องค์ประกอบ	มาตรการวัด/ จำนวนข้อ	การแปลผล	การนำไปใช้/ คุณภาพเครื่องมือ	การพัฒนาฉบับภาษาไทย
(ต่อ)	5. การได้รับคำชม 6. การมั่นคงทางการเงิน				ของครอนบาค .87-.93 3. Samartkit, Kasemkitvattana, Thosingha, and Vorapongsathorn (2010) นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 291 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .93
3. Scale for Positive Aspect of Caregiving Experience: SPACE (Kate, 2013)	1. ความพึงพอใจในตนเองของญาติผู้ดูแล 2. แรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล 3. ความพึงพอใจและความภาคภูมิใจ	5 ระดับ/ 50 ข้อ	ถ้าคะแนนสูง คือ ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากประสบการณ์การดูแลในระดับสูง	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชขั้นรุนแรง จำนวน 203 ราย ได้ค่าแอลฟาของครอนบาค .88	ยังไม่มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือ (ที่มา)	องค์ประกอบ	มาตรการวัด/ จำนวนข้อ	การแปลผล	การนำไปใช้/ คุณภาพเครื่องมือ	การพัฒนาฉบับภาษาไทย
(ต่อ)	ในการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล				
4. Benefit Finding in Multiple Sclerosis Caregiving Scale: BFiMSCare (Pakenham, 2005)	1. ด้านสังคมของผู้ดูแล 2. ความพึงพอใจในชีวิต 3. มุมมองเชิงบวก 4. การปรับตัวแบบพลวัตร 5. การปรับตัวของญาติผู้ดูแล 6. สิ่งที่ไม่พึงพอใจในชีวิต 7. ความทุกข์	5 ระดับ/ จำนวน 55 ข้อ	ถ้าคะแนนสูง คือ ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลในระดับสูง	นำไปศึกษาระยะยาว ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทอักเสบ ผลการนำไปใช้ องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านสามารถทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์จากการดูแล	ยังไม่มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มุมมองเชิงบวกจากการดูแลยังไม่มีกรอบแนวคิดที่จะนำมาใช้ได้ตรงและชัดเจน การศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Carbonneau et al., 2010) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

จากกรอบแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลของ Carbonneau et al. (2010) ที่กล่าวมาข้างต้นได้อธิบายองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกจากการดูแลไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นด้านสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ด้านความรู้ถึงความสำเร็จในการดูแล และด้านการให้ความหมายในบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยในกรอบแนวคิดได้ระบุปัจจัยชี้้นำที่จะนำไปสู่องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกได้ คือ ปัจจัยด้านบริบทการดูแล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล นอกจากนี้ Carbonneau et al. (2010) ยังทบทวนวรรณกรรม และกล่าวถึงปัจจัยอีก 2 ด้านที่ได้จากการศึกษาที่พบว่า มีผลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวก คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่ได้กล่าวในรายละเอียดของปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาบูรณาการร่วมในการอธิบายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล เนื่องจากมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการ การช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญปัญหา จัดการกับปัญหา การปรับตัว และดูแลตนเอง House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินสิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการเอาใจใส่ ให้ความเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความรักความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น การให้ความรู้ การตัดเตือน การแนะนำให้ขอเสนอแนะ การให้คำปรึกษา เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) เป็นการให้บุคคลมีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันว่าการกระทำของตนเองนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมนั้นกำหนดหรือไม่ เช่น การเห็นพ้อง การยอมรับพฤติกรรมหรือการได้รับข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ให้การยอมรับ เป็นการกระทำที่ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ จากเครือข่ายหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรต่าง ๆ ในสังคม (House, 198) ทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งระดับปฐมภูมิจะเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง โดยกลุ่มนี้ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อน เป็นต้น ส่วนในระดับทุติยภูมิ จะเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ซึ่งได้แก่ เครือข่ายในชุมชน (เพื่อนบ้าน ในชุมชน ผู้นำไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ อาสาสมัคร และบุคลากรทางสุขภาพ) เครือข่ายนอกชุมชน (กลุ่มคนรู้จัก หน่วยงานภาครัฐ สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชน) ซึ่งเมื่อญาติผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ได้รับการแบ่งเบาภาระ มีที่ปรึกษา มีเวลาในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกมูมมองเชิงบวกจากการดูแลขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่าการเกิดมูมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมีปัจจัยหลักเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน รายละเอียดที่ชัดเจน ดังต่อไปนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างในเรื่องของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (ปกภณ จันทศาสตร์, 2559) ซึ่งบุคคลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ชีวิตที่มาก ทำให้เข้าใจบริบท การดูแลได้ดี ทำให้เกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจบริบทการดูแลและการรับรู้ด้านต่าง ๆ ได้มากกว่า บุคคลที่มีอายุน้อย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะสามารถรับรู้การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ผู้ป่วยได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin, Holly, and Wu (2012) ที่ได้ศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับ ประสบการณ์เชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่า ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มอายุช่วงวัยผู้ใหญ่ มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากการดูแลได้ดีกว่ากลุ่มวัยเด็ก และการศึกษาของ Kang et al. (2013) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ดี ดังนั้น อายุ ของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย โรค หลอดเลือดสมอง

เพศ เป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นโดยธรรมชาติ และเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ให้เพศชาย และเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน (จิตติมา ภาณุเดชะ, ณัชชา บุญภักดี และธัญญา ใจดี, 2550) จากบริบทของสังคมไทย เพศหญิงเป็นผู้ที่มีความละเอียดอ่อน อ่อนโยน จึงถูกปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวรวมไปถึงเมื่อมีการเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ ในการดูแลสามีหรือบิดา มารดา (Akosile, Okoye, Adegoke, Mbada, & Maruf, 2011; Lawang, 2013) ซึ่งการเป็นผู้ดูแลเปรียบเสมือนการได้ตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณหรือบุคคลที่รัก (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) จึงส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงเกิดการรับรู้ประโยชน์ จากการดูแล และเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang et al. (2013) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Carbonneau et al. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมุมมอง เชิงบวกจากการดูแลพบว่า เพศของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการ ดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้น เพศของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิง บวกจากการดูแลผู้ป่วยและมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก การรับรู้ ความคิดเห็นต่อภาพรวม ของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงระยะหนึ่ง (ธราสิริ อิ่มมาก และสุรชัย ตรียวรรณกิจ, 2553) การรับรู้ภาวะสุขภาพและยังเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความพร้อมของร่างกาย และจิตใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย การที่ญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จะทำให้มีความพร้อมในการให้การดูแลซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค ในการทำหน้าที่ ส่งผลทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson (2004) ที่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองบวกจากการดูแลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลและยังส่งผลให้การรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลลดลง และการศึกษาของ Carbonneau et al. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล พบว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลอีกด้วย รวมทั้งการศึกษาของ Catherine, Linda, and Robert (2013) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการเกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสมอง เสื่อม พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ภาวะสุขภาพของญาติ ผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย และมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

เครือข่ายทางสังคม เป็นจำนวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลสามารถขอรับ การช่วยเหลือ สนับสนุน และสามารถพึ่งพา จากครอบครัว สังคม และชุมชน (House, 1981) แบ่งระดับของเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกคนอื่น ในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อน เครือข่ายสนับสนุนระดับทุติยภูมิ ได้แก่ เครือข่ายในชุมชน (เพื่อนบ้านในชุมชน ผู้นำไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ อาสาสมัคร และบุคลากรทางสุขภาพ) และเครือข่ายนอกชุมชน (กลุ่มคนรู้จัก หน่วยงานภาครัฐ สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชน) การมี เครือข่ายทางสังคมจะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงการได้แบ่งเบาภาระการดูแล มีที่ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ และมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีจากการเป็นผู้ดูแลและทำให้เกิด มุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Fan et al. (2015) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดความรู้สึกพึงพอใจเชิงบวกกับเครือข่ายทางสังคมในประเทศฮ่องกง ของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีเครือข่ายทางสังคมขนาดใหญ่มีความสัมพันธ์ กับการเกิดความรู้สึกพึงพอใจเชิงบวกจากการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ($r = .27, p \text{ value} < 0.01$) ดังนั้น เครือข่ายทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย และมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้าน การให้การช่วยเหลือ (House, 1981) ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนในการทำหน้าที่จากบุคคลรอบข้าง จะเกิดความรู้สึกว่าได้รับการแบ่งเบาภาระการดูแล ได้รับกำลังใจที่ดีจากคนรอบข้าง ทำให้เกิด

ความรู้สึกที่ดีจากการเป็นผู้ดูแล จนส่งผลให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ Cassidy, Giles, and McLaughlin (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และความเข้มแข็งในการมองโลกจากการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมจะเป็นตัวป้องกัน ไม่ให้เกิดมุมมองเชิงลบจากการดูแล ($r = .27, p\text{-value} < 0.01$) และการศึกษาของ Kang et al. (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ให้การดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลด้วย ($OR = 1.69; 95\% CI = 1.05-2.70$) รวมถึงการศึกษาของ Li and Loke (2014) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1996 ถึง เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2012 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย Lin et al. (2012) ที่ได้ศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงลบเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างด้านภาวะเพศ พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลต่อประสบการณ์เชิงบวกจากการเป็นผู้ดูแล ($r = .10, p\text{-value} < 0.01$) และการศึกษาของ Carbonneau et al. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลอีกด้วย ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยและมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

การรับรู้ภาวะการดูแล เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลถึงความเดือดร้อน ความยากลำบาก ความทุกข์ใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนบเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะการดูแลน้อยลงจะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นเป็นปัญหาและอุปสรรค การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลเป็นบริบทหน้าที่ที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวันของตนเอง ไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระการดำเนินชีวิต จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีจากการเป็นผู้ดูแลและนำไปสู่การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ Kang et al. (2013) พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลในการทำหน้าที่การดูแลผู้ป่วย (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเภทอินเดีย พบว่า การรับรู้ภาวะดูแลที่แปรผกผันกับการให้คุณค่าและความพึงพอใจจากการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruithof (2012) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวกจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับมากจะทำให้เกิดประสบการณ์เชิงบวก

จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลลดลง ($r = -.07, p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น ภาระการดูแลจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยและมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะทำหน้าที่แล้ว ญาติผู้ดูแลจะมีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการทำหน้าที่น้อยลง เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำหน้าที่ และจะส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยได้ Lin et al. (2012) ได้ศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงลบเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างด้านภาวะเพศ พบว่า เพศหญิงจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้ดี ส่งผลทำให้เกิดประสบการณ์เชิงบวกจากการดูแลตามมา และการศึกษาของ Carbonneau et al. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้น ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยและมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน พึงพอใจ และเกิดความสุขในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (วรรณรัตน์ ลาวัณ และรัชณี สรรเสริญ, 2559 ค) เมื่อญาติผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมเพิ่มสุขก็จะเกิดความสุขในการทำหน้าที่ ทำให้การรับรู้ถึงการได้รู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข ปัญหา อุปสรรค และการเป็นภาระการดูแลนั้นลดลง ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา จากการศึกษาของ Jensen, Ferrari, and Cavanaugh (2004) พบว่า การที่ญาติผู้ดูแลมีการทำกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ ($r = .71, p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carbonneau et al. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแล พบว่า กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้น กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน จึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยและมีความสำคัญที่จะนำมาศึกษา

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแล เพื่อป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ญาติผู้ดูแลถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้นเป็นบทบาทที่ท้าทาย เป็นภาระที่หนัก ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน และมี

ความยุ่งยากในการดูแล ทำให้การทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้นสามารถเกิดมุมมองทั้งเชิงบวกและเชิงลบได้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและศึกษาควบคู่กันไป แต่ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มุมมองเชิงบวกจากการดูแลที่ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวกนั้นถูกละเลย นั่นหมายถึงองค์ความรู้ยังต้องการเพิ่มเติม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความจำเป็นของศึกษามุมมองเชิงบวกจากการดูแล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Carbonneau et al., 2010) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย และสามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมีปัจจัยหลักเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ ภาระการดูแล ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแล และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปต่อยอดพัฒนาแนวทางสู่การวิจัยในการทำนายนโยบายที่มีผลต่อมุมมองเชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปสู่การสร้างมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสระบุรี ซึ่งประมาณการจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน มีจำนวน 2,018 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสระบุรี จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของบิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตรหรือญาติที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการพึ่งพิง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ทั้งนี้ระดับความต้องการการพึ่งพิงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living [ADL] Index) ของ Barthel and Mahoney (1965) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) โดยต้องมีคะแนนประเมินน้อยกว่า 12 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

3. อาศัยอยู่ในจังหวัดสระบุรีอย่างน้อย 6 เดือน
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

ทั้งนี้กรณีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบสภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-THAI 2002 (Mini- Mental State Examination: Thai Version) ที่พัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา (2557) โดยต้องมีคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนน > 14 (คะแนนเต็ม 23 คะแนน)
2. ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)
3. ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอย (Regression analysis) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .08 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .13 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดกลาง จากการเปิดตารางของ Polit and Beck (2012) ที่มีจำนวนตัวแปรต้น 8 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 109 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการให้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) ดังนี้

1. การสุ่มอำเภอตัวอย่าง จังหวัดสระบุรีมีอำเภอจำนวน 13 อำเภอ ในพื้นที่มีประชากรมีความหลากหลายในการดำเนินชีวิตซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแล ดังนั้นจึงแบ่งอำเภอตามเขตการปกครองและวิธีการดำเนินชีวิตออกเป็น 3 กลุ่มอำเภอ (สำนักสถิติจังหวัดสระบุรี, 2558) ได้แก่

- 1.1 กลุ่มอำเภอในเขตเมือง เป็นชุมชนวิถีชีวิตชุมชนเมืองและชีวิตที่เร่งรีบ มีความแตกต่างทางฐานะและสังคมอย่างชัดเจน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการค้าขายและรับจ้างมีครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ อำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี และอำเภอพระพุทธบาท

- 1.2 กลุ่มอำเภอในเขตอุตสาหกรรม เป็นชุมชนวิถีชีวิตกึ่งเมืองกึ่งชนบท วิถีชีวิตของประชากรต้องทำงานเป็นกะ มีความแตกต่างทางฐานะและสังคม ประชากรส่วนใหญ่ย้ายมาจากที่อื่นเพื่อมาประกอบอาชีพรับจ้างและพนักงานโรงงาน ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นห้องเช่าหรือบ้านพักสวัสดิการ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอแก่งคอย อำเภอหนองแค อำเภอหนองแซง อำเภอบ้านหมอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ และอำเภอมวกเหล็ก

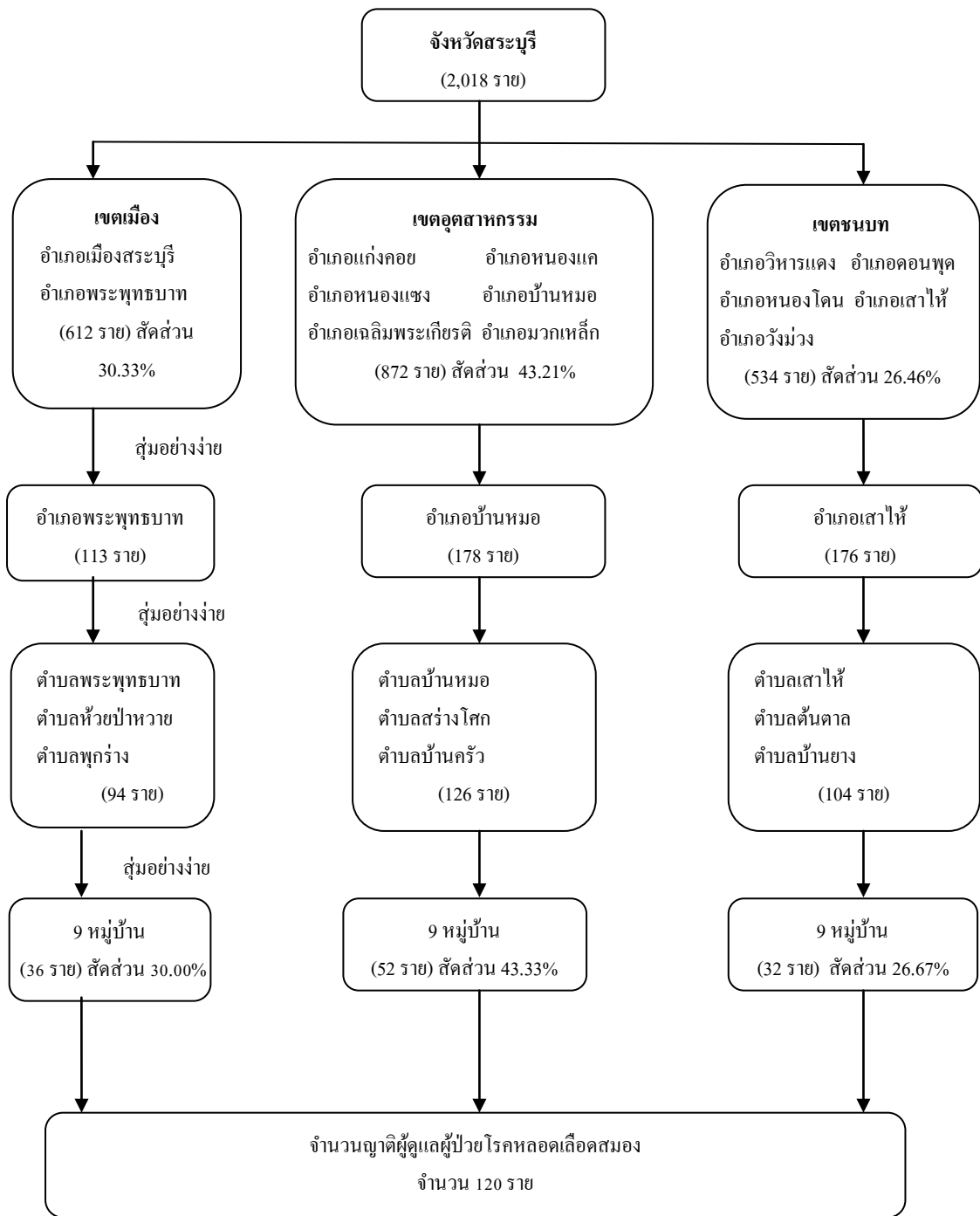
- 1.3 กลุ่มอำเภอในเขตชนบท เป็นวิถีชีวิตเป็นชนบท มีวัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม อยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย ได้แก่ อำเภอวิหารแดง อำเภอดอนพุด อำเภอหนองโดน อำเภอเสาไห้ และ อำเภอวังม่วง

เนื่องจากอำเภอในแต่ละกลุ่มมีลักษณะทางกายภาพและวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยสุ่มอำเภอตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มอำเภอ ๆ ละ 1 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) ซึ่งอำเภอตัวอย่างที่สุ่มได้มี 3 อำเภอ ประกอบด้วย 1) กลุ่มอำเภอในเขตเมืองสุ่มได้อำเภอพระพุทธบาท 2) กลุ่มอำเภอในเขตอุตสาหกรรม สุ่มได้อำเภอบ้านหมอ 3) กลุ่มอำเภอในเขตชนบท สุ่มได้อำเภอเสนาให้

2. การสุ่มตำบลตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 มีลักษณะทางกายภาพและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในตำบลที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยนำมาสุ่มตำบลตัวอย่างจากแต่ละอำเภออำเภอละ 3 ตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ซึ่งตำบลตัวอย่างที่สุ่มได้มี 9 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลพระพุทธบาท ตำบลห้วยป่าหวาย และตำบลพุกร่าง (อำเภอพระพุทธบาท) ตำบลบ้านหมอ ตำบลสร้างโชค ตำบลบ้านครัว (อำเภอบ้านหมอ) ตำบลเสนาให้ ตำบลต้นตาล และตำบลบ้านยาง (อำเภอเสนาให้)

3. การสุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง ในแต่ละตำบลที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 2 มีลักษณะทางกายภาพและวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยนำมาสุ่มหมู่บ้านตัวอย่างจากแต่ละตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ซึ่งหมู่บ้านตัวอย่างที่สุ่มได้มี 27 หมู่บ้าน และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจาก 27 หมู่บ้าน รายละเอียดดังตารางที่ 2

4. การสุ่มญาติผู้ดูแลตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนญาติผู้ดูแลจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับพึ่งพิง เมื่อทราบจำนวนญาติผู้ดูแลตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยคำนวณจำนวนญาติผู้ดูแลตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จากนั้นลงพื้นที่เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจนได้ให้ได้ตามจำนวนสัดส่วนที่กำหนดไว้ที่ละหมู่บ้าน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้
พระพุทธบาท	พระพุทธบาท	บ้านโพธิ์พร้อมจิต	7
		พุดามหวาน	7
		หนองกระทุ่ม	3
	ห้วยป่าหวาย	หนองผักกะเจด	5
		ห้วยศาลเจ้า	5
		บ้านโพธิ์	3
		พุกไร่	3
	พุกไร่	หนองสองตอน	3
		หนองคณทิ	2
		พุกไร่	1
บ้านหมอ	บ้านหมอ	หลังตลาด	7
		ถนนใหม่	6
		บ้านใต้	6
	สร้างโสภ	บ่อกวนเลน	7
		โสภงาม	5
		ห้วยนาง	5
	บ้านครัว	บ้านครัว	7
		ตลาดใหม่	5
		ม่วงน้อย	4
	เสาไห้	เสาไห้	ตลาดเสาไห้
เสาไห้			5
หลังวัดสูง			5
ต้นตาล		ต้นตาล	3
		นาล้อม	2
		ห้วยหิน	2
บ้านยาง		บ้านยาง	4
		มะเกลือเตี้ย	3
		บ้านหนองโพธิ์	2
รวม			120

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่างมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือคัดกรองความต้องการการพึ่งพิงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเมินจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living [ADL] Index) ของ Barthel and Mahoney (1965) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ และ 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน การแปลผลสามารถแบ่งได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพึ่งพิงตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นได้

กลุ่มที่ 2 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพึ่งพิงตนเองได้บ้าง

กลุ่มที่ 3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพึ่งพิงตนเองได้น้อยมากหรือไม่เลย

สำหรับงานวิจัยนี้เน้นญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ 2 และ 3 (มีคะแนนประเมินน้อยกว่า 12 คะแนน)

1.2 เครื่องมือคัดกรองสภาพสมองของญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MIMSE-THAI 2002 (Mini-Mental State Examination: Thai Version) ที่พัฒนาโดย สถาบันประสาทวิทยา (2557) มีจำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 1) การรับรู้เวลาในปัจจุบัน 2) การรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน 3) การบันทึกความจำ 4) การใช้สมาธิและการคำนวณ 5) การระลึกความจำระยะสั้น 6) การบอกชื่อสิ่งของที่เห็น 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน 8) การเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง 9) การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ 10) การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย และ 11) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตาและมือ โดยต้องมีคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ดังนี้

1.2.1 ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนน > 14 (คะแนนเต็ม 23 คะแนน)

1.2.2 ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

1.2.3 ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย

2.1.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร และเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้

2.1.1.2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพประเมิน โดยการใช้ Visual Analog Scale (VAS) ซึ่งเป็นการประเมินแบบช่วงคะแนนจะให้ผู้ตอบให้คะแนนสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ที่มีสเกลในแนวนอนจาก 0-10 คะแนน โดยที่ขอบขวาจะมีคะแนน 10 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Perfect health) หรือภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่สามารถนึกได้ และขอบซ้ายจะมี 0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดที่สามารถนึกได้ การแปลผลเพื่อการบรรยาย แบ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ

คะแนนอยู่ในช่วง 0-2 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 3-6 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก

2.1.1.3 ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงต่อวัน บุคคลที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย

2.1.1.4 ข้อมูลเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ 1) เครือข่ายระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกคนอื่นในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อน 2) เครือข่ายระดับทุติยภูมิ ได้แก่ เครือข่ายในชุมชน (เพื่อนบ้านในชุมชน ผู้นำไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ อาสาสมัคร และบุคลากรทางสุขภาพ)

และเครือข่ายนอกชุมชน (กลุ่มคนจาก หน่วยงานภาครัฐ สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชน)

2.1.2 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

2.1.2.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร และเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ และสถานภาพสมรส

2.1.2.2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวก ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ใช้สำหรับประเมินการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย (2548) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ House (1981) นำมาใช้กับญาติผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 350 ราย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) การช่วยเหลือด้านเงินทอง 3) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | | |
|---------|----------------------|---------|--|
| 1 คะแนน | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | รู้สึกว่หรือรับรู้ว่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเลย |
| 2 คะแนน | ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | รู้สึกว่หรือรับรู้ว่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมาก |
| 3 คะแนน | ไม่แน่ใจ | หมายถึง | รู้สึกว่หรือรับรู้ว่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย |
| 4 คะแนน | เห็นด้วย | หมายถึง | รู้สึกว่หรือรับรู้ว่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยปานกลาง |
| 5 คะแนน | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | รู้สึกว่หรือรับรู้ว่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก |

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 28-112 การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่ ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งการได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33	คะแนน	แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67	คะแนน	แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00	คะแนน	แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

2.2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาระการดูแลใช้สำหรับประเมินความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden interview) ที่สร้างขึ้นโดย Zarit, Reever, and Bach-Peterson (1980) ที่แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุษฎี พูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคได้ .92 มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน	ไม่เคยเลย	หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย
1 คะแนน	นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง (ร้อยละ 1-25)
2 คะแนน	บางครั้ง	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้น ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50)
3 คะแนน	บ่อยครั้ง	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51-75)
4 คะแนน	ประจำ	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับมาก การแปลผลเพื่อการบรรยาย แบ่งภาระในการดูแลเป็น 4 ระดับ (Zarit, 1990 อ้างถึงใน วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยูวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุลและเวรกา กลิ่นวิจิต, 2547) คือ

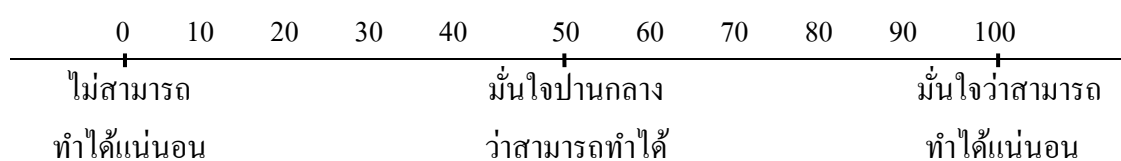
คะแนนรวม < 21 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลเป็นภาระอยู่ในระดับ
น้อยถึงไม่เป็นภาระเลย

คะแนนอยู่ในช่วง 21-40 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ
อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 41-88 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ
อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง

2.2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลใช้สำหรับประเมิน การรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัย ขออนุญาตใช้แบบวัดรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแล ฉบับปรับปรุง (Revised scale for caregiving self-efficacy) สร้างโดย Steffen, Mckibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, and Bandura, (2002) ที่นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 314 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค .92 ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย วรรณรัตน์ ลาวัณ และรัชณี สรรเสริญ (2559 ข) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ผ่อนคลายจากหน้าที่การดูแล 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความคิดในแง่ลบ ของตนเองเกี่ยวกับการดูแล

ลักษณะการตอบเป็นแบบเป็นตัวเลข 0 - 100 คะแนน



ลักษณะข้อคำตอบเป็น (Visual analog scale) ค่าคะแนนข้อละ 0-100 คะแนน โดยกำหนดให้ 0 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถทำได้แน่นอน 50 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแล มีความมั่นใจปานกลาง และ 100 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลมั่นใจว่าสามารถทำได้แน่นอน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-1,500 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติ ผู้ดูแลมีรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยาย แบ่งการรับรู้ ความสามารถตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00-33.99 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้
ความสามารถของตนเอง
อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 34.00-66.99 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้
 ความสามารถของตนเอง
 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 67.00-100.00 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้
 ความสามารถของตนเอง
 อยู่ในระดับมาก

2.2.4 แบบประเมินกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันใช้สำหรับประเมินการปฏิบัติ
 กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลินเพลิน
 ฟังพอใจ และเกิดความสุขระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบ
 สัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน (Pleasant Events Schedule-AD: [PESAD]) ของ
 Logsdon and Teri (1997) ที่ได้นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 125 ราย คำนวณ
 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค .80 (Maurizio & Michael, 2011) ที่แปลเป็นฉบับภาษาไทย
 โดย วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ (2559 ค) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ
 1) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลกระทำด้วยตนเอง และ 2) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลกระทำร่วมกับผู้อื่น
 ลักษณะการตอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ประเมินตามความถี่ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแล ในช่วงเดือน
 ที่ผ่านมามีลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

- 0 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าวเลย
- 1 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง (1-3 ครั้ง)
- 2 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง (ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป)

2. ประเมินตามความรู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลินในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของ
 ญาติผู้ดูแล ณ ปัจจุบัน มีลักษณะการตอบคำถาม 2 ระดับ

- 0 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลิน/ พอใจกับกิจกรรม
 ดังกล่าว
- 1 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลิน/ พอใจกับกิจกรรม
 ดังกล่าว

การคำนวณคะแนนกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันจะนำค่าคะแนนความถี่
 ในการทำกิจกรรมและค่าคะแนนความรู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลินต่อการทำกิจกรรมมาคูณกัน
 ได้ค่าคะแนน ดังนี้

- 0 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลไม่มีกิจกรรมเพิ่มสุข

1 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมเพิ่มสุขบางครั้ง

2 คะแนน คือ ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมเพิ่มสุขบ่อยครั้ง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการทำกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งกิจกรรมเพิ่มสุขเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

0-13 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขอยู่ในระดับน้อย

14-26 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขอยู่ในระดับปานกลาง

27-40 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มสุขอยู่ในระดับมาก

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สำหรับประเมินการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอนุญาตให้แบบสัมภาษณ์มุมมองด้านบวกในการดูแล (Positive aspect of caregiving scale) สร้างโดย Schulz and Williams (1997) ดัดแปลงและพัฒนาโดย Tarlow et al. (2004) ที่แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรรธรณ แพนคง และคณะ (2559) นำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 72 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .76 มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล และ 2) การมองชีวิตเชิงบวก

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่าน ไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว น้อย
เฉย ๆ	หมายถึง	ท่าน ไม่รู้สึกทั้งไม่เห็นด้วยและเห็นด้วยกับข้อความ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

คะแนนรวม อยู่ในช่วง 9-45 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.37-3.67 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวก
จากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวก
จากการดูแลอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะมีในส่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงได้มีการตรวจสอบ
คุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย
ได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือ โดยไม่ได้มีการปรับแก้ในสาระหรือประเด็นใด และไม่ได้
นำเครื่องมือใดไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น
ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดย ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุน
ทางสังคม แบบประเมินภาระในการดูแล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์
กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแลไปทดลองใช้กับญาติ
ผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน
จาก 3 เขตอำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองสระบุรี 2) อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 3) อำเภอหนองโดน
หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร,
2553) พบว่า ทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ทั้งทดลองใช้และใช้เก็บ
ข้อมูลจริง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

รายการแบบสัมภาษณ์	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่าสัมประสิทธิ์
	ความเชื่อมั่น ทดลองใช้ (n = 30)	ความเชื่อมั่น เก็บข้อมูลจริง (n = 120)
1. แบบสัมภาษณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.94	.96
2. แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแล	.94	.92
3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.94	.93
4. แบบสัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน	.80	.82
5. แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล	.91	.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 เดือน (มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2560) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือสถานที่สะดวกในชุมชน ผ่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทั้ง 9 ตำบลดังกล่าวข้างต้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมญาติผู้ดูแล โดยสุ่มกลุ่มญาติผู้ดูแลตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีญาติผู้ดูแลและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กำหนดในเวชระเบียน
4. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้าน ขอความร่วมมือในการประสานงานภายในหมู่บ้านและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นเกี่ยวกับช่วงเวลาที่สะดวกให้ไปเก็บข้อมูลที่บ้านหรือสถานที่สะดวกในชุมชน

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อม อสม. ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการประมาณ 30-45 นาที ในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์กับผู้วิจัย อสม. จะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแทน

6. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ และมอบเอกสารการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

7. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์ตามที่ได้แบ่งหน้าที่การเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่จนครบ 120 คน และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังจากการได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล รหัสจริยธรรม 13-01-2560 ผู้เข้าวิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา และรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอิสระ และมีเวลาในการตัดสินใจในการให้ข้อมูล และรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ก่อนเริ่มการวิจัย การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อบริการกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการตอบแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทน ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัยเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทั้งหมดภายหลังเผยแพร่ตีพิมพ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลบริบทการดูแล 2) ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ และข้อมูลสุขภาพ ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการแจกแจงความถี่ (Frequency) ตามระดับการวัดข้อมูล

2. สถิติวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลที่บ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเขตอำเภอพระพุทธบาท อำเภอบ้านหมอ และอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ซึ่งจะนำเสนอการศึกษาแบบบรรยายประกอบตาราง 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแล และ 3) ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 27-77 ปี เฉลี่ย 52.8 ปี ($SD = 9.00$) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 59.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.2) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.8) ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลได้รับการศึกษา (ร้อยละ 98.3) โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 61.7) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.8) และส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมีการประกอบอาชีพที่มีรายได้ (ร้อยละ 65.9) ได้แก่ ทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 24.2) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 22.5) และค้าขาย (ร้อยละ 15.0) ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือ พอใช้เหลือเก็บออม (ร้อยละ 27.5) และรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 23.3)

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.0) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.0) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23.3) รองลงมา คือ ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 12.5 และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 5.8) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน
($n = 120$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (25-44)	19	15.8
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59)	71	59.2
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	26	21.7
ผู้สูงอายุตอนกลาง (69-79)	4	3.3
(Min = 27, Max = 77 ปี, $M = 52.8$, $SD = 9.00$)		
เพศ		
หญิง	101	84.2
ชาย	19	15.8
ศาสนา		
พุทธ	120	100
สถานภาพสมรส		
คู่	73	60.8
หม้าย/ แยกกันอยู่	24	20.0
โสด	23	19.2
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.7
ประถมศึกษา	74	61.7
มัธยมศึกษา	25	20.8
อนุปริญญา	7	5.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	10.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	41	34.1
ประกอบอาชีพ	79	65.9
รับจ้าง	27	22.5
ทำไร่/ทำสวน	29	24.2
ค้าขาย	18	15.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	4.2
ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว		
มีพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	59	49.2
เหลือเก็บออม	33	27.5
ไม่เพียงพอ	28	23.3
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	78	65.0
มีโรคประจำตัว*	42	35.0
โรคความดันโลหิตสูง	28	23.3
ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	15	12.5
โรคเบาหวาน	7	5.8
อื่น ๆ (โรคไทรอยด์เป็นพิษ, โรคเกาต์, โรคโลหิตจาง, กระดูกและกล้ามเนื้อ)	6	5.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 44-99 ปี เฉลี่ย 72.0 ปี ($SD = 12.2$) อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนปลายมากที่สุด (80 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือช่วงผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) (ร้อยละ 27.5) และวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 23.3) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.0) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 45.0) มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ มากที่สุด (ร้อยละ 48.5) รองลงมา สถานภาพคู่ (ร้อยละ 45.8) ในด้านของระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 11 เดือน-25 ปี มีฐาน = 6.0 ($IQR = 7.0$) อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมา คือ ช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 27.5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบทั้งหมดมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม (ร้อยละ 96.4) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรอยู่ในช่วงคะแนน 2-11 คะแนน เฉลี่ย 6.70 คะแนน ($SD = 2.63$) โดยอยู่ในกลุ่มพึ่งพาตนเองได้บ้าง (ร้อยละ 70.8) มากกว่ากลุ่มพึ่งตนเองได้น้อยมาก (ร้อยละ 29.2) (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 120$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (25-44)	1	0.8
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59)	20	16.7
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	28	23.3
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79)	33	27.5
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	38	31.7
(Min = 44, Max = 99, $M = 72.0$, $SD = 12.16$)		
เพศ		
หญิง	66	55.0
ชาย	54	45.0
สถานภาพสมรส		
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	58	48.3
คู่	55	45.8
โสด	7	5.8

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		
<1	14	11.7
1-5	45	37.5
6-10	33	27.5
>10	28	23.3
(Min = 11, Max = 25, Me = 6.0, IQR = 7.0)		
โรคที่เกิดร่วมโรคหลอดเลือดสมอง*		
โรคความดันโลหิตสูง	108	96.4
ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	21	18.8
โรคเบาหวาน	13	10.8
โรคหัวใจ	5	4.5
โรคไตวาย	4	3.6
ความสามารถในการประกอบกิจวัตร		30.1
ญาติผู้ดูแลพึ่งตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)		85
ญาติผู้ดูแลพึ่งตนเองได้น้อยมากหรือไม่เลย (0-4 คะแนน)		35
(Min = 2 คะแนน, Max = 11 คะแนน, M = 6.7, SD = 2.60)		

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดา/ มารดามากที่สุด (ร้อยละ 54.2) รองลงมา เช่น สามี/ ภรรยา (ร้อยละ 35.8) และญาติทางสายเลือด เช่น หลาน/ บิดา/ มารดา/ พี่น้อง (ร้อยละ 10.0) โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ระหว่าง 6-24 ชั่วโมง/ วัน เฉลี่ย 14.77 ชั่วโมง ($SD = 5.06$) โดยอยู่ในช่วง 6-12 ชั่วโมง มากที่สุด (ร้อยละ 40.8) รองลงมาอยู่ในช่วง 13-18 ชั่วโมง/ วัน (ร้อยละ 40.0) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 11 เดือน-20 ปี เฉลี่ย 6.66 ปี ($SD = 5.00$) โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 28.3) และญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่มีบุคคลอื่นที่ต้องดูแลเพิ่มนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 88.3) ถ้ามีบุคคลอื่นที่ต้องดูแลเพิ่มนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย พบว่า จำนวนบุคคลที่ต้องดูแลเพิ่มเติมที่มากที่สุด คือ

1 คน ร้อยละ (50.0) รองลงมาคือ 3 คน (ร้อยละ 28.6) และ 2 คน (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ได้แก่ หลาน/ บิดา/ มารดา/ พี่น้อง รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย ($n = 120$)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
บุตร	65	54.2
สามี/ ภรรยา	43	35.8
สัมพันธ์ทางสายเลือด (หลาน/ บิดา/ มารดา/ พี่น้อง)	12	10.0
จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน		
6-12 ชั่วโมง	49	40.8
13-18 ชั่วโมง	48	40.0
19-24 ชั่วโมง	23	19.2
(Min = 6 ชั่วโมง, Max = 24 ชั่วโมง, $M = 14.86$, $SD = 5.12$)		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
6-11 เดือน	14	11.7
1-5	50	41.7
6-10	34	28.3
11-15	18	15.0
>15	4	3.3
(Min = 11 เดือน, Max = 20 ปี, $M = 6.00$, $SD = 4.90$)		
บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย		
ไม่มี	106	88.3
มี	14	11.7
จำนวน*		
1 คน	7	50.0
2 คน	3	21.4
3 คน	4	28.6

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ*		
บุตร/ หลาน	9	64.28
บิดา/ มารดา	6	42.86
พี่น้อง	4	28.57

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษานอกเหนือจากข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแล ความสามารถของตนเองและกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ระหว่าง 4-10 คะแนน ค่าเฉลี่ย 7.2 คะแนน ($SD = 1.52$) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2. เครือข่ายทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีเครือข่ายที่จะสามารถพึ่งพาหรือช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 97.5) ระหว่าง 1 ถึง 9 เครือข่าย เฉลี่ย 4.45 เครือข่าย ($SD = 1.89$) โดยมีแหล่งสนับสนุน 5 อันดับแรก คือ สมาชิกคนอื่นในครอบครัว (ร้อยละ 88.3) เครือญาติ (ไม่ใช่คนในบ้าน) (ร้อยละ 83.3) บุคลากรทางสุขภาพ (ร้อยละ 67.5) อาสาสมัครในชุมชน (ร้อยละ 58.2) และหน่วยงานภาครัฐนอกชุมชน (ร้อยละ 42.5) รายละเอียดดังตารางที่ 7
3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 67-140 คะแนน ค่าเฉลี่ย 110 คะแนน ($SD = 14.6$) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 3.39)
4. การรับรู้การดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-51 คะแนน เฉลี่ย 21.5 คะแนน ($SD = 14.6$) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงไม่เป็นภาระเลย
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถของตนเองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 600-1,493 คะแนน โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 67.87)

6. กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-38 คะแนน เฉลี่ย 23.6 คะแนน ($SD = 7.1$) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 7-8

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของเครือข่ายทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
($n = 120$)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เครือข่ายทางสังคม		
ไม่มีแหล่งสนับสนุน	3	2.5
มีแหล่งสนับสนุน*	117	97.5
จำนวนเครือข่ายการดูแล		
1-3 เครือข่าย	35	29.9
4-6 เครือข่าย	63	53.9
7-9 เครือข่าย	19	16.2
(Min = 1 เครือข่าย, Max = 9 เครือข่าย, $M = 4.45$, $SD = 1.89$)		
ประเภทเครือข่าย		
ระดับปฐมภูมิ		
สมาชิกในครอบครัว	106	88.3
เครือข่าย (ไม่ใช่คนในบ้าน)	100	83.3
เพื่อนสนิท	32	26.7
คนรู้จัก	16	13.3
ระดับทุติยภูมิ		
บุคลากรทางสุขภาพ	81	67.5
อาสาสมัครในชุมชน	70	58.3
หน่วยงานภาครัฐนอกชุมชน	51	42.5
เพื่อนบ้าน	45	37.5
ผู้นำชุมชน	28	23.3
เพื่อนที่ทำงาน	5	4.2

* ตอบมากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 8 คะแนนที่คาดหวัง คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวมของ และแปลผล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเองและกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 120$)

ตัวแปร	คะแนนที่คาดหวัง	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยภาพรวม	แปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0-10	4-10	7.2	1.52	-	มาก
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	28-140	67-140	110	14.6	3.93	มาก
การรับรู้ภาระการดูแล	0-88	1-51	21.5	11.5	-	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0-1,500	600-1493	1018.1	232.3	67.87	มาก
กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน	0-40	5-38	23.6	7.1	-	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 30-45 คะแนน ค่าเฉลี่ย 37.33 คะแนน ($SD = 4.38$) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.15)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกด้านการยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.34) มากกว่ามุมมองเชิงบวกด้านการมองชีวิตเชิงบวก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 3.77) โดยมีความรู้สึกดีกับตนเองที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลอันเป็นที่รัก ($\bar{X} = 4.72, SD = 0.51$) เป็นข้อที่มีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ($\bar{X} = 4.37, SD = 0.61$) และข้อความรู้สึกว่ามีคนต้องการ ($\bar{X} = 4.35, SD = 0.58$) ตามลำดับ ในขณะที่ความรู้สึกว่าตนเองได้พัฒนาทัศนคติด้านบวกที่มีต่อชีวิตมากขึ้น ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.73$) เป็นข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด ขอรายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย
แยกรายด้านและโดยรวม (n = 120)

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล	คะแนน			ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย		
ด้านการยืนยันความรู้สึกระหว่าง จากการดูแล	6-30	12-30	26.02 (ค่าเฉลี่ย ภาพรวม 4.34)	3.86	มาก
1. ตนเองมีประโยชน์มากขึ้น	1-5	1-5	4.34	0.69	มาก
2. ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก	1-5	3-5	4.72	0.51	มาก
3. มีคนต้องการ	1-5	3-5	4.35	0.58	มาก
4. ได้รับการขอบคุณอย่างซาบซึ้ง	1-5	3-5	4.21	0.70	มาก
5. มีความสำคัญ	1-5	3-5	4.37	0.61	มาก
6. เข้มแข็งและเชื่อมั่น	1-5	2-5	4.03	0.77	มาก
ด้านการมองชีวิตเชิงบวก	3-15	8-15	11.31 (ค่าเฉลี่ย ภาพรวม 3.77)	2.16	มาก
7. ชื่นชมกับชีวิตมากขึ้น	1-5	2-5	3.70	0.77	มาก
8. พัฒนาทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต	1-5	3-5	3.68	0.73	มาก
9. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	1-5	3-5	3.93	0.66	มาก
ภาพรวม	9-45	30-45	37.33 (ค่าเฉลี่ย ภาพรวม 4.15)	4.38	มาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติเบื้องต้น
ดังนี้

ตัวแปรตาม คือ มุมมองเชิงบวกจากการดูแลเป็น Interval scale และมีการแจกแจงปกติ
ตัวแปรต้น มีทั้งหมด 8 ตัว คือ อายุ เป็น Ratio scale เครื่องมือทางสังคม แรงสนับสนุน

ทางสังคม ภาวะในการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเองในญาติผู้ดูแล กิจกรรมเพิ่มสุข
ในชีวิตประจำวันเป็น Interval scale

เพศ เป็น Norminal scale ที่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก (Dichotomous choices) ได้แปลง
ให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ 0 หมายถึง เพศหญิง 1 หมายถึง เพศชาย
ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติมีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน
(ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า Residual พบว่า Residual
มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.28 และจากการ
วิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 2.03 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระ
ต่อกัน

ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใด
ที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$) (ดังตารางที่ 10)

ไม่มี Multivariate outliers จากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง +/-3
ค่าความแปรปรวน ไม่มีลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง และกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล ($n = 120$)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
มุมมองเชิงบวกจากการดูแล (Y)	1.00								
อายุ (X ₁)	.181*	1.00							
เพศ (X ₂)	-.056	.081	1.00						
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X ₃)	.422***	-.055	.199*	1.00					
เครือข่ายทางสังคม (X ₄)	.047	.131	.073	-.014*	1.00				
การได้รับการสนับสนุน ทางสังคม (X ₅)	.356***	.294**	.192*	.245*	.201*	1.00			
การรับรู้ภาวะการดูแล (X ₆)	-.534***	-.249*	.064	-.315***	-.030	-.412***	1.00		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (X ₇)	.492 ^{***}	.099	-.062	.384 ^{***}	.087	.243 [*]	-.488 ^{***}	1.00	
กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิต ประจำวัน (X ₈)	.590 ^{***}	.230 [*]	.029	.297 ^{***}	.060	.567 ^{***}	.514 ^{***}	.367 ^{***}	1.00

$p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมี 4 ตัวแปร ได้แก่ กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน ($B = .367, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($B = .194, p < .05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($B = .177, p < .05$) และการรับรู้การดูแล ($B = -.195, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 49.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .49, F = 27.70, p < .001$) และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปของคะแนนดิบ คือ

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล = 26.648 + .203 (กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน) + .004 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + .512 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) - .074 (การรับรู้การดูแล)

2. สมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล = .367 (กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน) + .194 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + .177 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) - .195 (การรับรู้การดูแล)

จากสมการแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .367 หมายความว่า กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเพิ่มขึ้น .367 หน่วย การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยต่อมาที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .194 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ญาติผู้ดูแล

เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเพิ่มขึ้น .436 หน่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยลำดับต่อมา ที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .177 หมายความว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้อาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเพิ่มขึ้น .467 หน่วย และการรับรู้ภาวะการดูแลเป็นปัจจัยตัวสุดท้ายของสมการที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลโดยมีความสัมพันธ์เชิงผกผันและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -.195 หมายความว่า การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง 1 หน่วย จะทำให้อาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวก จากการดูแลเพิ่มขึ้น .195 หน่วย รายละเอียดดังตารางที่ 11 และภาคผนวก

ตารางที่ 11 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของ
ญาติผู้ดูแล

ตัวแปรที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>b</i>	<i>Beta</i>		
กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน	.203	.367	4.63	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.004	.194	2.42	.017
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.512	.177	2.41	.017
การรับรู้ภาวะการดูแล	-.074	-.195	-2.32	.022
ค่าคงที่	26.648		10.969	.000

$R = .701, R^2 = .491, R^2_{adj} = .473, F = 27.700, p < .001$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเขตจังหวัดสระบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ผ่านการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ จำนวน 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแล 4) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง 5) แบบสัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน และ 6) แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$) โดยมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกด้านการยื่นยื่นความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล ($\bar{X} = 4.34$) มากกว่ามุมมองเชิงบวกด้านการมองชีวิตเชิงบวก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 3.77) ทั้งนี้ความรู้สึกดีกับตนเองที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลอันเป็นที่รัก ($\bar{X} = 4.72, SD = 0.51$) เป็นข้อที่มีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ($\bar{X} = 4.37, SD = 0.61$) และข้อความรู้สึกว่ามีคนต้องการ ($\bar{X} = 4.35, SD = 0.58$) ตามลำดับ ในขณะที่ความรู้สึกว่าตนเองได้พัฒนาทัศนคติด้านบวกที่มีต่อชีวิตมากขึ้น ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.73$) เป็นข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด

ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมี 4 ตัวแปร ได้แก่ ได้แก่ กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน ($B = .367, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($B = .194, p < .05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($B = .177, p < .05$) และการรับรู้ภาระการดูแล ($B = -.195, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 49.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .49, F = 27.70, p < .001$) และสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานเพื่อทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ ดังนี้

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล = .367 (กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน) + .194 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + .177 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) - .195 (การรับรู้ภาระการดูแล)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแรกในบริบทของสังคมไทยที่ศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีผลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลดังกล่าว จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. มุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลในบริบทพื้นที่ของจังหวัดสระบุรีนั้นให้ความหมายกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการดูแลในเชิงบวกผ่านการสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งมิติด้านอารมณ์ความรู้สึกเป็นความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นภายใน เช่น จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกปีติ อิ่มเอมใจ พึงพอใจ ในการดูแล เกิดมิตรภาพ เป็นต้น รวมไปถึงมิติด้านการคิดที่ที่เกิดขึ้นภายในอย่างเป็นเหตุเป็นผล อาทิเช่น จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลได้ประโยชน์ทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่ ความรู้ ทักษะของการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า จากบริบทสังคมไทยที่เป็นสังคมพุทธ และกลุ่มญาติผู้ดูแลตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดสระบุรี ทุกคน (ร้อยละ 100.0) นับถือศาสนาพุทธ และส่วนมาก (ร้อยละ 54.2) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งศาสนาพุทธจะมีอิทธิพลต่อมุมมองความคิดของพุทธศาสนิกชนชาวไทยที่ช่วยหล่อหลอมให้ทุกคนสร้างและสะสมกรรมดีผ่านการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น ร่วมกับการมีความกตัญญูต่อบุพการีที่มีพระคุณ (Lawang, 2013) กล่าวคือสังคมไทยปลูกฝังให้บุตรต้องมีหน้าที่ในการดูแลบุพการีเมื่อยามเจ็บป่วยหรือแก่ชรา เมื่อบุตรได้ทำหน้าที่เป็นอย่างดีในการดูแลบุพการีก็จะเกิดความรู้สึกดีกับตนเอง รวมทั้งจะได้รับคำชื่นชมจากคนในสังคม ผู้ที่ได้รับคำชื่นชมจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ และมีความสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งเห็นชัดเจนจากผลการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกที่ดีกับตนเองที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลอันที่รักเช่นผู้ป่วยเป็นข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด รองลงมา คือ รู้สึกว่าเมื่อได้ทำหน้าที่ดูแลแล้วทำให้ตนเองมีความสำคัญต่อคนอื่น และเป็นที่ต้องการของคนอื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Cassidy (2013) พบว่า การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นต่างทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก ได้แสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ

ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นภายใน รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจ อิ่มเอมใจที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และการศึกษาของ Kathrin et al. (2004) ที่พบว่า ความรู้สึกเชิงบวกเป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับญาติผู้ดูแล เพราะความรู้สึกเหล่านี้เป็นเสมือนตัวคั่นกลาง (Mediator) ของการทำหน้าที่ผู้ดูแลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล กล่าวคือ มุมมองเชิงบวกจากการทำหน้าที่ดูแลเปรียบเสมือนสิ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขในการดูแลผู้ป่วย (Horwitz et al., 2004) และที่สำคัญยังเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hunt, 2003)

2. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ (ร้อยละ 49.1) หรือประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของ การทำนายถือเป็นอำนาจการทำนายค่อนข้างสูง แสดงว่าให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้แนะให้ญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเกิดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลของ Carboneau et al. (2010) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกคือ กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อีกทั้งการเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพให้อยู่สูงขึ้น และพยายามลดระดับการรับรู้ถึงภาระการดูแล ก็จะเป็นแนวทางที่จะสามารถทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของมุมมองเชิงบวก คือ การที่ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (Carboneau et al., 2010)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อญาติผู้ดูแลได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองรู้สึกว่ามีความสุขในชีวิตประจำวันระหว่างการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลได้ทำด้วยตัวของตัวเอง เช่น กิจกรรมกลางแจ้ง ซื้อสิ่งของต่าง ๆ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำอาหาร เป็นต้น หรือกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลกระทำร่วมกับผู้อื่น เช่น ช่วยเหลือคนรอบข้าง พูดคุย ท่องเที่ยว หรือรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการทำกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยทำให้ผ่อนคลาย เกิดความรู้สึกสนุกสนาน รื่นเริงในการทำหน้าที่การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลมองว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ได้เป็นปัญหา หรือเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต สามารถใช้ชีวิตประจำวันของตนเองได้ตามปกติ อีกทั้งกิจกรรมยังทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ความรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลของญาติ

ผู้ดูแล และการให้ความหมายของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ส่วนหนึ่ง (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ, 2559 ค; Carboneau et al., 2010; Jensen et al., 2004) เมื่อญาติผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมเพิ่มสุขภาพจะรู้สึกถึงความมั่นใจในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย อาทิ รู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถผ่อนคลายจากหน้าที่การดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงสามารถกำจัดความคิดของตนเองในแง่ไม่ดีหรือในแง่ลบที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อมั่นใจในศักยภาพของตนเองแล้ว ถึงแม้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีมากหรือยากเพียงใดก็ตาม เมื่อญาติผู้ดูแลก็จะมองข้ามอุปสรรคนี้ไปได้ จึงเกิดเป็นความรู้สึกที่ดีต่อการทำหน้าที่ และเกิดการรับรู้ประโยชน์จากการทำหน้าที่ ซึ่งจะนำไปสู่เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้ในที่สุด (Carboneau et al., 2010; Lin et al., 2012) ร่วมกับญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้ญาติผู้ดูแล มีความพร้อมในการให้การดูแลและทำให้ไม่เกิดการรับรู้ปัญหา และอุปสรรคในการทำหน้าที่ จึงส่งผลทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา (Carboneau et al., 2010; Catherine et al., 2013; Harwood et al., 2002; Tarlow et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine, Clare, and Woods (2010) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลซึ่งจะนำไปสู่ญาติผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความพร้อมของร่างกายและจิตใจในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย และเมื่อญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะทำให้มีความพร้อมในการให้การดูแลซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการทำหน้าที่ ถึงแม้ทำหน้าที่บทบาทผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลก็ยังมี การดูแลสุขภาพและรับรู้ว่าคุณภาพดี ส่งผลทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลเพิ่มขึ้น

ตลอดจนเกิดความรู้สึกว่า การดูแลนั้น ไม่ได้เป็นความลำบากในการกระทำไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระที่น้อย จึงนำไปสู่การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ซึ่งหากญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการทำงานเป็นผู้ดูแลนั้นไม่ได้เป็นปัญหาหรืออุปสรรค ไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระในการดำเนินชีวิต จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีและนำไปสู่การเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลตามมา (Classidy, 2013; Cohen et al., 2001; Kang et al., 2013; Kate et al., 2013; Kruihof, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kate et al. (2013) ที่พบว่า การรับรู้ภาระดูแลที่แปรผกผันกับการให้คุณค่าและความพึงพอใจจากการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลของการร่วมกันทำนายของตัวแปรทั้ง 4 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเกิดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลของ Carboneau et al. (2010) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยชี้้นำการเกิดมุมมองเชิงบวกที่สำคัญในกรอบแนวคิด คือ กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อันจะนำไปสู่

การเกิดผลลัพธ์ของมุมมองเชิงบวก คือ การที่ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีอย่างยืน

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการศึกษานี้ ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) อายุ อาจเนื่องมาจากการทำบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประสบการณ์ใหม่ที่แต่ละบุคคลได้รับแตกต่างกัน บางคนได้รับบทบาทผู้ดูแลตั้งแต่อายุยังน้อย บางคนได้รับบทบาทผู้ดูแลเมื่อมีอายุมาก นั้นหมายถึง ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากก็ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ดูแลคนนี้จะผ่านประสบการณ์การดูแล เรียนรู้ และให้ความหมายการดูแลในเชิงบวกมากด้วยเช่นกัน 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีสื่อเทคโนโลยีที่สามารถค้นหาด้วยตนเองมากมาย ประกอบกับนโยบายมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภาครัฐได้สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลได้มีการเตรียมความพร้อมที่ดีก่อนกลับไปทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน อีกทั้งยังให้การสนับสนุนช่วยเหลือผ่านหลายหลายช่องทาง จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลายขึ้น ไม่แตกต่างกัน การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระซึ่งอาจจะไม่ได้มาจากแค่การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจากบุคคลรอบข้างส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ 3) เพศ อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทย เพศหญิงจะถูกปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลบ้านและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแทนผู้ชาย แต่ในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงทำให้บทบาทของผู้หญิงและผู้ชายเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้หญิงจะมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น หรือมีบทบาททางสังคมมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างนั้นประกอบอาชีพ ซึ่งเมื่อต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลถือว่าเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลต่อการให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านบวกของผู้หญิงไม่ต่างจากผู้ชาย 4) เครือข่ายทางสังคม ปัจจุบันในการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมมิได้หลากหลายช่องทาง ซึ่งมีการพัฒนาช่องทางการเข้าถึงเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร ทำให้สามารถสืบค้นหาข้อมูลได้ตลอดเวลา จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงเครือข่ายทางสังคมของญาติที่หลากหลายมากขึ้น ไม่เฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว จากคนสนิทหรือจากองค์กรต่าง ๆ จึงส่งผลทำให้เครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยที่ไม่มีทั้งความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวันให้ญาติผู้ดูแล เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนการดูแลให้ญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ภาวะการดูแลที่ลดลง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2. ด้านนโยบาย ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอื่น ๆ โดยศึกษารายชื่อของประเด็นการเกิดมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น ด้านความรู้สึกได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ความรู้สึกว่ามีคนต้องการ และความรู้สึกด้านการพัฒนาทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวกับสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกจากการดูแลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *สภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State*.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. เข้าถึงได้จาก [http:// www.interfetpthailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf](http://www.interfetpthailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *รายงานค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. เข้าถึงได้จาก [http://www. Thaincd.com/document/file/info /non...disease/](http://www.Thaincd.com/document/file/info/non...disease/) ประเด็นสารวันอัมพาต2559.docx
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บปฏิทินประจำปี 2558*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com /information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- กรรณิการ์ รักษ์ยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(1), 90-96.
- กุลธิดา พานิชกุล และอดิพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 9(1), 66-76.
- เกวลิน แสงบุญ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และมยุรี แก้วจันทร์. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของรางวัลจากการดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดของญาติระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญฟ้า ทาอ้อมคำ. (2554). *การรับรู้สัญญาณโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลข่าม่วง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติมา ภาณุเดชะ, ณัชชา บุญภักดี และธัญญา ใจดี. (2550). *การฉายภาพความรุนแรงต่อผู้หญิง: วิเคราะห์ตามมุมมองของสื่อไทย*. กรุงเทพฯ: ชัมมิตคอมพิวเตอร์.

- เจตจรรยา บุญญกุล. (2557). รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- คุณิต จันทยานนท์, พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, รัชย์ชนก สุภาพรพันธ์, มจิริฐ รุ่งถิ่น และราม รั้งสินธุ์. (2554). ทักษะคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 59-65.
- ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปรียทฤท และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 4(1), 25-34.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไออินเตอร์ มีเดีย.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งผู้ที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปกภณ จันทศาสตร์. (2559). *ปัจจัยคุณสมบัติส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และแรงจูงใจที่มีผลต่อความผูกพันกับองค์กรของพนักงานเอกชนระดับปฏิบัติการ ในเขตลาดพร้าว-จตุจักร*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *สุขภาพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- พราราม สวยจันทร์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 14(4), 82-96.
- ยุวดี รอดจากภัย, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2550). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(1), 59-62.
- รฐาสีรี อิ่มมาก และสุรัชย์ ตรีวรรณกิจ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การตรวจสุขภาพประจำปี: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). *ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา*. 16(3), 1-13.
- รัชณี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(3), 25-41.
- วาสนา นามเหล่า, ชนิดดา แนบเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. รายงานการวิจัย, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 19(1), 62-78.

- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*. 19(1), 61-78.
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2552). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2(3), 4-16.
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2559 ก). มุมมองเชิงบวกจากการดูแล: มโนทัศน์สำคัญที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 1-9
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2559 ข). การพัฒนาแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแล. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2559 ค). การพัฒนาแบบวัดกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. *แผนวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 15(3), 1-9.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานันต์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *สภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)*. กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง. (2556). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เข้าถึงได้จาก <https://thaistrokesociety.files.wordpress.com/2015/01/bulletin-thai-stroke-society-vol-12-no-1.pdf>
- สำนักงานสถิติจังหวัดสระบุรี. (2558). *รายงานสถิติจังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก http://saraburi.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=206:2558&catid=102&Itemid=507

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2559). จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประจำปี 2559. เข้าถึงได้จาก http://www.sro.moph.go.th/ewtadmin/ewt/saraburi_web/more_news.php?offset=60&cid=22&filename=index
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2550-2559. เข้าถึงได้จาก <http://www.file:///C:/Users/User/Downloads/23-4-2558-6.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2556. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=11378.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พลัสลิซซิ่ง.
- อรรวรรณ แพนคง, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และทศพร คำผลศิริ. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมมุมมองด้านบวกในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. คุษณิพนธ์พยาบาลศาสตรคุษณิบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐิวัฒนานนท์ และลักขณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27
- อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 47-61.
- อิสริย์ วีระเสถียร. (2555). คุณลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแบบจำลองการเสริมแรง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Akosile, C. O., Okoye, E. C., Adegoke, B. O., Mbada, C. E., & Maruf, F. A. (2011). Quality of life and its correlation in caregivers of stroke survivors from a Nigerian population. *Health Care Current Reviews*, 1(105), 2-5.

- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Harvath, T., & Lucas, S. (1993). *New measures of concepts central to an understanding of caregiving*, Master's thesis, Health Sciences, Department Oregon Health Sciences University
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barthel, D. W., & Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, Jennifer. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and Aging*, 15(2), 259-271.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education*. The United States of America. Pearson Education.
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327-353.
- Caregiving in the United States. (2015). *New study identifies challenges for family caregivers, caregiving solutions Needed*. Retrieves from <http://www.prweb.com/releases/2015/06/prweb12765231.htm>
- Carwright, J. C., Archold, P. G., Stewart, B. J., & Limandri, B. (1994). Enrichment processes in family caregiving to frail elders. *Advance in Nursing Sciences*, 17(1), 31-43.
- Cassidy, T. (2013). Benefit finding though caring: The cancer caregiver experience. *Psychology & Health*, 28, 250-266.
- Cassidy, T., Giles, M., & Mclaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psycholog*, 19, 606-618.
- Catherine, Q., Linda, C., & Robert, T, W., (2013). Balancing needs: The role of motivations, meanings and relationship dynamics in the experience of informal caregivers of people with dementia. *SAGE Journal*, 14(2), 220-237.
- Chumbler, N., Mann, W. C., Wu, S., Schmid, A., & Kobb, R. (2004). The association of home-telehealth use and care coordination with improvement of functional and cognitive functioning in frail elderly men. *Telemed Journal and E-Health*, 10(2), 129-137.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2001) Positive aspect of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 187-188.

- Corrozzella, J., & Janch, E. C. (2002). Emergency stroke management: A new era. *Nursing Clinic of North America*, 37(1), 35-37.
- Fan, L. P., Sun, Y., Lee, H. J., Yang, S. C., Chen, T. F., Lin, K., Lin, C. C. (2015). Marital Status, Lifestyle and Dementia: A Nationwide Survey in Taiwan. *Public Library of Science*, 10(9), 1-11.
- Farran, C. J., Loukissa, D., Perraud, S., & Paun, O. (2003). Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part I: Care recipient issues and concerns. *Research in Nursing & Health*, 26(5), 366-375.
- Gaynor, S. E. (1990). The long haul: The effect of home care on the caregiver. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 208-212.
- Gold, D. P., Cohen, C., Shulman, C., Andres, D., & Etezadi, J. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 83-201.
- Green, T. L., & King, K. M. (2010). Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1194-1200.
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, M. B., Agüero, H., & Ranjan, D. (2000). Predictors of positive and negative appraisal among American caregivers of Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 481-487.
- Hellstrom, I., Nolan, M., & Lundh, U. (2005). We do things together: A case study of couplehood' in dementia. *SAGE Journal*, 4(1), 7-22.
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., & Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 22, 361-371.
- Horwitz, A., Reinhard, S. C., & Howell-White, S. (2004). Caregiving as Reciproalexchang in families with seriously mentally ill members. *Journal of Health and Socail Behavior*, 37, 149-162.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

- Hudson, P. (2004). Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(2), 58-65.
- Hung, J. W., Hang, Y. C., Chen, J. H., Liao, L. N., Lin, C. J., Chuo, C. Y., & Chang, K. C. (2012). Factors associated with strain in informal caregiver of stroke patients. *Chang Gung Medical Journal*, 35(5), 392-401.
- Hunt, C. K. (2003). Concept in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 27-32.
- Jensen, C. J., Ferrari, M., & Cavanaugh, J. C. (2004). Building on the benefits: Assessing satisfaction and well-being in elder care. *Ageing International*, 29(1), 88-110.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). *Assessing older persons: measures, meaning and practical application*. New York: Oxford University.
- Kang, J., Shin, D. W., Choi, J. E., Sanjo, M., Yoon, S. J., Kim, H. K., Kim, M. S., Kwon, H. S., Choi, H. Y., & Yoon, W. H. (2013). Factor associated with positive consequences of serving as a family caregiver for a terminal cancer patient. *Psycho-Oncology*, 22(0), 564-571.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Caregiving appraisal in schizophrenia: A study from India. *Social Science & Medicine*, 98(0), 135-140
- Kathrin, B., Richard, S., & Amy, H. (2004). Positive aspect of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668-675.
- Kneebone, I. I., & Lincoln, N. B. (2012). Psychological Problems after Stroke and Their Management: State of Knowledge. *Neuroscience and Medicine*, 3(1), 83-89.
- Kruithof, W. J. (2012). Positive caregiving experiences are associated with life satisfaction in spouses of stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 21(0), 801-807.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: a community-based action research study*. Doctoral Dissertation, La Trobe University of Australia.
- Lawang, W., Horey, D. E., & Blackford, J. (2015). Family caregiver of adult with acquired physical disability: Thai case-control study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 70-77.

- Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A literature review on the mutual impact of the spousal caregiver-cancer patients dyads: 'Communication', 'Reciprocal influence' and 'Caregiver-patient congruence'. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 58-65.
- Lin, I. F., Holly, H. R., & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationship. *Family Relations*, 62, 343-358.
- Logsdon, R. G., & Teri, L. (1997). The pleasant events schedule-AD: Psychometric properties and relationship to depression and cognition in Alzheimer's disease patients. *The Gerontologist*, 37(1), 40-45.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 10(12), 133-138.
- Lyonette, C., & Yardley, L. (2003). The influence on carer well-being of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Aging and Society*, 23(4), 487-506.
- Maja, L. H., Johan, W., Veronique, V., & Roy, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 10(12), 1-16.
- Martire, L. M., & Schulz, R. (2000). Informal caregiving to older adult: Health effect to providing and receiving care. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer. (Eds). *Handbook of health Psychology*. New Jersey, NJ: Erlbaum. (pp. 477-493)
- Maurizio, Z., & Michael, O. M. (2011). Trade liberalization and antidumping: Is there a substitution effect. *Review of Development Economics*, 15(4), 601-619.
- Mclean, J., Ropper-Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service need of stroke survival and their information carers: A pilot study. *Journal of Advance Nursing*, 16, 559-564.
- National Alliance for Caregiving. (2015). *Caregiving in American*. Retrieved from <http://www.caregiving.org/caregiving2015>
- Nolan, M., & Grant, G. (1990). Stress is in the eye of the beholder: Reconceptualizing the measurement of cancer burdent. *Journal of Advance Nursing*, 15, 544-555.
- Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and it's contribution to caregiver well-being. *The Cerontologist*, 37(6), 785-794.

- Ostwald, S. K., Bernal, M. P., Cron, S., & Godwin, K. M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in Stroke, 16*(2), 93-104.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concept of practice*. New York: McGraw-Hill Book.
- Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcome. *Health Psychology, 24*, 123-132.
- Periard, M., & Ames, D. B. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing, 10*, 252-256.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: *Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 440-449.
- Pruchno, R. A., Michaels, J. E., & Potashink, S. L. (1990). Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 45*, 259-266.
- Rankin, E., Haut, M., & Keefover, R. (2001). Current marital functioning as a mediating factor in depression among spouse caregiver in dementia. *Clinical Gerontologist, 23*(3/4), 27-44.
- Rapp, S. R., & Chao, D. (2000). Appraisal of strain and gain: Effects of psychological well-being of caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health, 4*(2), 142-147.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of alzheimer's caregiving: The role of race. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 59*(4), 185-190.
- Sally, S., & Susan, B. (2014). The impact of caring on caregiver's mental health: A review of the literature. *Australian Health Review, 27*(1), 103-109.
- Samartkit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O., Vorapongsathorn, T., (2010), Caregiver role strain and rewards: Caring for Thais with a Traumatic Brain injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(4), 297-314
- Sangboon, K. (2002). The influence of reward of caregiving and personal factors on strain of family caregiver of patients with stroke. Master's thesis, Nursing Science, Faculty of Graduate Studies, Mahodol University.

- Steffen, A. M., Mckibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002).
The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57(1), 74-86.
- Schulz, R., Newsom, J. T., Fleissner, K., Decamp, A. R., & Nieboer, A. P. (1997). The effect of bereavement after family caregiver. *Aging and Mental Health*, 1, 269-282.
- Schulz, R., & Williamsom, G. M. (1997). The measurement of caregiver outcomes in Alzheimer disease reserch. *Alzheimer Disease and Associated Disorder*, 11, 117-124.
- Schulz, R., Beach, S. R., Ives, D. G., Martire, L. M., Kop, W. J., & Ariyo, A. A. (2000).
Association between depression and mortality in older adults: The cardiovascular health study. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1761-1768.
- Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., Jackson, S., & Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from the caregiver health effects study. *American Medical Association*, 24, 3123-3129.
- Sision, R. A. (1998). Life after stroke: Coping with change. *Rehabilitation Nursing*, 23(4), 198-203.
- Spurlock, W. R. (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*, 26(3), 154-161.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving: Contributions of the reach project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429-453.
- Tsukasaki, K., Kido, T., Makimoto, K., Naganuma, R., Ohma, M., & Sunaga, K. (2006). The impact of sleep in terruption on vital measurements and chronic fatigue of female caregivers providing home care in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 8, 2-9.
- Waite, A., Bedington, P., Skelton-Robinson, M., & Orrell, M. (2004). Socail factors and depressin in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 582-587.
- Wirojatana, V. (2002). *Development of the thai family care inventory*. Graduate studies, Oregon Health and Science University of Portland.

- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166.
- World Health Organization [WHO]. (2008). *World report on stroke*. Malta: World Health Organization.
- World Stroke Campaign [WSO]. (2014). *Stroke affects everyone we all have a reason to prevent it*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org>.
- World Stroke Organization [WSO]. (2014). *WSO Annual report*. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/images/pdf/WSO%20Annual%20REPORT%202014.pdf>.
- World Stroke Organization [WSO]. (2016). *World stroke day*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day.html>
- World Health Organization [WHO]. (2008). WHOQOL-BREF: Introduction, Administration Scoring and Generic Version of the Assessment. Malta: World Health Organization.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relative of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

จำนวน 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล

และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม

จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระในการดูแล

จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแล

จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล

จำนวน 9 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel/ ADL/ index)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า)
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมามีจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมห้องหรือประตูได้
 - 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
 - 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
- 0. ไม่สามารถทำได้
 - 1. ต้องการคนช่วย
 - 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ)
- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - 1. อาบน้ำเองได้
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 - 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - 2. กลั่นได้เป็นปกติ
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 - 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
 - 2. กลั่นได้เป็นปกติ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : (MMSE-Thai 2002)

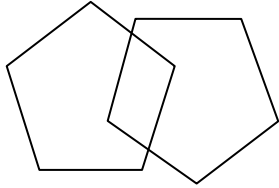
คำชี้แจง

1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช้กับผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวกหรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)
2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
1. Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4		
1.5		
2. Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่ที่บ้านพักคนชรา		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.1 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ – เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสาวอย่าง คุณ(ตา, ยาย, ...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ(ตา, ยาย, ...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
4. Attention / Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใด ข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิคุณ (ตา, ยาย, ...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด)ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย,...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย,...)สะกดออกหลังจากพยัญชนะตัว หลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอ แหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย, ...) สะกดออกหลังให้ฟังซิ ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่า อะไร”		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
6.2 ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ตา, ยาย, ...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีละขเดียว” “ใคร ใคร ขาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดินะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วคุณ (ตา, ยาย, ..) รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่..... (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ () รับด้วยมือขวา () พับครึ่ง () แล้ววางที่.... (พื้น, โต๊ะ, เติง)		
9. Written command (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย, ..) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย, ..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุ หลับตา () หลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา, ยาย, ...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เอง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค.....		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		
<p>ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง</p>  <p>รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมคี่ในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้ คะแนน 1 คะแนน</p>		
คะแนนรวม		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวท่าน (ญาติผู้ดูแล) โดยการทำเครื่องหมาย ✓

ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย
 - หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 - อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 - อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ แม่บ้าน รับจ้าง
 - ทำไร่/ ทำสวน ค้าขาย รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 - อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว
 - เหลือเก็บออม มีพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ไม่เพียงพอ
7. โรคประจำตัว
 - ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัวระบุ.....
8. ภาวะสุขภาพ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด
9. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วย
 - บิดา/ มารดา บุตร หลาน
 - พี่น้อง อื่น ๆ โปรดระบุ.....

10. ระยะเวลาในการดูแล.....ปี.....เดือน.....วัน

11. จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง

12. บุคคลที่ต้องดูแลในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วย.....คน

ตอนที่ 1 เครื่องช่วยสนับสนุนทางสังคม

1. ท่านมีแหล่งสนับสนุนที่ให้การดูแล/ ช่วยเหลือ/ สนับสนุน และสามารถพึ่งพาได้หรือไม่

ไม่มีแหล่งสนับสนุน

มีแหล่งสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1)

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1. สมาชิกคนอื่นในครอบครัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 2. เครือญาติ (ไม่ใช่คนในบ้าน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 3. เพื่อน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 4. เพื่อนบ้าน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 5. เพื่อนที่ทำงาน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 6. คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 7. ผู้นำทางศาสนา | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 8. ผู้นำในชุมชนเช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 9. อาสาสมัครในชุมชน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 10. บุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 11. บุคลากรอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....คน |
| 12. กลุ่ม/ มรม เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....กลุ่ม |
| 13. สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชนนอกชุมชน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน...หน่วย |
| 14. หน่วยงานภาครัฐนอกชุมชน โรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี จำนวน...หน่วย |
| 15. อื่น ๆ ระบุ..... | | |

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้ดูแล) โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง.....
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบพิจารณาดังนี้

- | | | |
|--------------------------|---------|---|
| 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวไม่ตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเลย |
| 2 = ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวไม่ตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ |
| 3 = ไม่แน่ใจ | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวไม่ทราบว่าตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแล |
| 4 = เห็นด้วย | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ |
| 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลทุกประการ |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านมักมีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจท่าน					
2. เมื่อต้องการระบายอารมณ์หรือความรู้สึก ท่านมักมีผู้รับฟัง					
3. บุคคลรอบข้างไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
.....					
.....					
9. ท่านมีบุคคลที่จะไปไหนกับท่านเมื่อท่านต้องการ					
.....					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
28. ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงภาระในการดูแลคนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบพิจารณาดังนี้

- ประจำ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอ
- บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
- บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นใกล้เคียงกัน
- นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง
- ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
3. ท่านรู้สึกเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงาน อื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
.....					
.....					
.....					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ สำหรับท่าน					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง “ผู้วิจัยอยากทราบว่าขณะที่ท่านทำหน้าที่ดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล) ท่านยังปฏิบัติภาระกิจส่วนตัวของท่านได้ครบถ้วนแค่ไหน ก่อนตอบคำถามกรุณาคิดให้รอบคอบ และตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ดิฉัน(ผม)จะอ่านข้อความซึ่งจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานและความคิดที่มักเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล) ให้ท่านตอบ โปรดคิดว่าในแต่ละข้อ ท่านมั่นใจว่าท่านทำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งยึดระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมเป็นหลักในการตอบ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ตามคำอธิบายกำกับคะแนนดังนี้

คะแนน

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
ทำไม่ได้					มั่นใจปานกลาง					ทำได้
แน่นอน					ว่าทำได้					แน่นอน

ตัวอย่าง

คะแนนความมั่นใจ 20% แปลว่า ท่านคิดว่าไม่น่าจะทำได้ แต่ก็ไม่ถึงกับจะพูดว่ายังไง ๆ ก็ทำไม่ได้

คะแนนความมั่นใจ 50% แปลว่า ถึงท่านจะพยายามอย่างที่สุดแล้วก็ยังรับปากได้แค่ 50-50 เท่านั้นว่าจะทำได้

คะแนนความมั่นใจ 100% แปลว่า ท่านมั่นใจเป็นที่สุดแล้วว่า ยังไง ๆ ท่านก็สามารถจะทำได้แน่นอน

โปรดให้คะแนนความมั่นใจ ระหว่าง 0 ถึง 100 เป็น 10 20 30 ฯลฯ

*** โปรดตอบตามที่ท่านคิดและรู้สึกอย่างที่ท่านเป็นอยู่ ณ วันนี้ เท่านั้นอย่าใช้ความรู้สึกในอดีตมาตอบและอย่าใช้ความรู้สึกในอนาคตมาตอบ (สิ่งที่ท่านคิดว่าท่านน่าจะทำได้) เอาตามวันนี้เท่านั้นเลย ไม่ทราบมีข้อสงสัยหรืออยากถามอะไรไหมคะ (ครับ)

เริ่มข้อคำถาม

“ท่านมีความมั่นใจระดับใดว่าท่านสามารถที่จะ.....”

ระดับความ
มั่นใจว่าทำได้
(0 ถึง 100)

ความสามารถของตัวเองในการได้รับผ่อนผัน (จากหน้าที่การดูแล)

1. ออกปากขอให้เพื่อน/ ญาติคนอื่นมาดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล) แทน

“ท่านมีความมั่นใจระดับใดที่ท่านสามารถที่จะ.....”

ระดับความ
มั่นใจว่าทำได้
(0 ถึง 100)

ท่านเพื่อให้ท่านไปหาหมอได้

2. ออกปากขอให้เพื่อน/ญาติคนอื่นมาดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล) แทน
ท่านเพื่อให้ท่านไปทำธุระได้

3.

ความสามารถของตัวเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมอันก้าวร้าวหรือวุ่นวาย
จากผู้รับการดูแล

4. เมื่อ.....(ชื่อผู้รับการดูแล) ลืมมีอาหารอีกแล้ว และทวงหาอาหาร
ที่เพิ่งให้กินเสร็จไป ท่านตอบผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องขึ้นเสียง (คำตอบของ
ท่านนั้นตรงไปตรงมาหรือเป็นคำตอบประชด)

5.

“คนดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทุกคนย่อมมีความคิดในแง่ไม่ดีหรือในแง่ลบเมื่อนึกถึง
สถานการณ์ที่ตัวเองเผชิญอยู่ ความคิดนั้นอาจจะผ่านมาแวบเดียวแล้วก็ผ่านไป แต่บางทีมันอาจจะอยู่
นานจนกำจัดไม่ออก ราวกับทำนองเพลงอะไรสักอย่างที่เล่นซ้ำแล้วซ้ำเล่าอยู่ในหัวเรา ดิฉัน (ผม)
อยากรู้ว่าท่านสามารถกำจัดความคิดเหล่านั้นได้แค่ไหน ขอให้ท่านตอบตามความมั่นใจว่า ท่านจะ
กำจัดความรู้สึกดังกล่าวได้ อย่าไปหวังว่าความคิดนั้นจะเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน ไม่เกี่ยวกับ (หากมีข้อใด
ที่ผู้ตอบยืนยันว่าไม่เคยมีความรู้สึกหรือความคิดดังกล่าวนั้นเกิดขึ้นเลย ให้บันทึกคำตอบเป็น (N/ A)
ก่อนถามคำถามทุกครั้งให้กล่าวว่า

“ท่านมั่นใจระดับใดที่ท่านสามารถควบคุมความคิด.....” (พร้อมแสดงการ์ดหมายเลข 1)

“ท่านมั่นใจระดับใดที่ท่านสามารถควบคุมความคิด.....” ระดับความมั่นใจ
ว่าทำได้
(0 ถึง 100)

6. ความสามารถของตัวเองในการควบคุมความคิด
ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล)

7.

15. เป็นทุกข์ถึงปัญหาอันจะเกิดขึ้นในเวลาข้างหน้าที่มาจาก.....

(ชื่อผู้รับการดูแล)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินกิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน

คำชี้แจง “ผู้วิจัยอยากทราบว่าขณะที่ท่านทำหน้าที่ดูแล.....(ชื่อผู้รับการดูแล) ท่านมีกิจกรรมที่จะทำให้ท่านสนุก/ เพลินเพลินหรือไม่ อย่างไร ก่อนตอบคำถามกรุณาคิดให้รอบคอบ และตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ในแต่ละกิจกรรมจะให้ท่านตอบ 2 ข้อคำถาม ได้แก่

1. ประเมินตามความถี่ในการทำกิจกรรมของท่าน ในช่วงเดือนที่ผ่านมา มี 3 ระดับ

0 คะแนน = ไม่มีกิจกรรมดังกล่าวเลย

1 คะแนน = มีกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง (1-6 ครั้ง)

2 คะแนน = มีกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง (ตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไป)

2. ประเมินตามความรู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลินในการทำกิจกรรมของท่าน ณ ปัจจุบันนี้

มี 2 ระดับ

0 คะแนน = ไม่รู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลิน/ พอใจกับกิจกรรมดังกล่าว

1 คะแนน = รู้สึกสนุกสนาน/ เพลินเพลิน/ พอใจกับกิจกรรมดังกล่าว

กิจกรรม	ความถี่ในการทำกิจกรรม ในเดือนที่ผ่านมา			ความรู้สึกสนุก ณ ปัจจุบันนี้		รวม
	0 ไม่มีเลย	1 บางครั้ง (1-6 ครั้ง)	2 บ่อยครั้ง (7 ครั้งขึ้นไป)	0 ไม่รู้สึกสนุก	1 รู้สึก สนุกสนาน	
1. มีกิจกรรมกลางแจ้ง						
2. ไปซื้อปิ้งหรือซื้อสิ่งของต่าง ๆ						
3. อ่านหนังสือ (หนังสือพิมพ์ นิตยสาร) หรือฟังเรื่องราวต่าง ๆ						
.....						
.....						
14. ได้ไปเที่ยว/ กิจกรรม นอกสถานที่						
.....						
20. มีกิจกรรมเสริมหรือกิจกรรม เติมเต็มชีวิต เช่น มอบของขวัญ ทำงานอดิเรก เล่นเกม วาดภาพ						

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับของมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับมุมมองของท่านและใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับมุมมองของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกละเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวเล็กน้อย
เฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกละทั้งไม่เห็นด้วยและเห็นด้วยกับข้อความ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

การให้การช่วยเหลือญาติของฉัน...	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วยน้อย	เฉย ๆ	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก
1. ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณมีประโยชน์มากขึ้น					
2. ทำให้ฉันรู้สึกดีกับตนเอง (ที่ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่ฉันรัก)					
3. ทำให้ฉันรู้สึกว่ามีคนต้องการฉัน					
.....					
6. ทำให้ฉันรู้สึกว่าเข้มแข็งและเชื่อมั่น					
.....					
9. ทำให้ฉันมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น					

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Factors Influencing Positive Aspect of Caregiving among Stroke Family Caregivers

ชื่อนิสิต นางสาวอาจารย์ จันทร์พาณิชย์

รหัสประจำตัวนิสิต 57920196

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 13 - 01 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 120 ราย สถานที่เก็บ

รวบรวมข้อมูลคือ บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือสถานที่สะดวกในชุมชน จังหวัดสระบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ศร ๒๒๐๖/ ๐๓๐๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวอาจารย์ จันทร์พานิชย์ รหัสประจำตัว ๕๗๙๒๐๑๕๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพระพุทธรบาท อำเภอบ้านหมอ และอำเภอเสนาห์ จำนวน ๑๒๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยแบ่งดังนี้

- | | |
|---------------------|--------------|
| ๑. อำเภอพระพุทธรบาท | จำนวน ๓๒ ราย |
| ๒. อำเภอบ้านหมอ | จำนวน ๕๔ ราย |
| ๓. อำเภอเสนาห์ | จำนวน ๓๔ ราย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๔ ๔๒๘ ๘๕๐๒

สำเนาเรียน สาธารณสุขอำเภอ พัง ๓ อำเภอ

ภาคผนวก ค

คำวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของ
ญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 12 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

ตัวแปรที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์การถดถอย			R^2	R^2	R^2	t	p
	b	$Beta$	R					
กิจกรรมเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน	.203	.367	.590	.349	.349	.343	4.63	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.004	.194	.660	.436	.087	.426	2.43	.017
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.512	.177	.683	.467	.031	.453	2.41	.017
การรับรู้ภาระการดูแล	-.074	-.195	.701	.491	.024	.473	-2.32	.022
ค่าคงที่	26.648						10.969	.000

$Constant = 32.962, F = 12.279, p < .001$