รายงานวิจัย

Research Articles

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Factors Predicting Burden among Caregivers of Stroke Patients

ปัญญาพร เพชรเอือง ดวงพร ปิยะคง†*

Punyaporn Phet-ueang Duangporn Piyakong†*

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing Student, Faculty of Nursing, Naresuan University

†คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 65000

† Faculty of Nursing, Naresuan University 65000

Corresponding author e-mail address:duangporn@nu.ac.th

Received: April 7, 2024
Revised: July 30, 2024
Accepted: August 1, 2024

Abstract

Stroke is an illness in which various functions are impaired, reducing self-care abilities and necessitating continuous caregiving efforts. Caregivers invest significant time and energy, impacting physical health, mental well-being, lifestyle, and family income. This predictive research aimed to assess predictors of caregiver burden for stroke patients, including caregivers' economic status, daily caregiving duration, patients' activities of daily living, and social support. The research involved 100 caregivers of outpatients at a tertiary care hospital in the lower northern region of Thailand. Tools included volunteer screening forms, personal data sheets, assessments of patients' daily living abilities, social support evaluations, and caregiver burden assessments. Data were presented using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Analysis employed Pearson correlation coefficients and multiple linear regression, revealing that caregiver burden was at a low level. The ability to perform daily activities of the patients (β = -0.581, $p < 0.001$) and caregiver burden (β = -0.189, $p = 0.019$) were negatively associated with the caregiver's care burden accounting for 38.6% of the variance (adjusted R^2 = 0.386, $p < 0.001$). This study's findings can inform nursing planning by enhancing patients' daily living abilities and increasing social support to reduce or prevent caregiver burden for cerebrovascular disease patients.

Keywords: burden, caregivers of stroke patients, predicting factors

Buddhachinaraj Med J 2024;41(2):149-60.

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยที่การทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต และสูญเสียรายได้ในครอบครัว เกิดภาระในการดูแล การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยเศรษฐกิจของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง 100 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบคัดกรองอาสาสมัคร แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลฯ นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการถดถอยพหุคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลฯ อยู่ในระดับน้อย โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (β = -0.581, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม (β = -0.189, $p = 0.019$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลซึ่งมีความแปรปรวนร้อยละ 38.6 (adjusted $R^2 = 0.386$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนให้การพยาบาลโดยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดหรือป้องกันภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ : ภาระการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ปัจจัยทำนาย
พุทธชินราชเวชสาร 2567;41(2):149-60.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับอันตรายทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด หากมีอาการรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้[1] สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[2] ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักมีปัญหาการเคลื่อนไหวเนื่องจากการอ่อนแรงของข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย และยังพบปัญหาเกี่ยวกับการพูด การคิด หรือการกลืน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวนั้นร้อยละ 60-70 ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา[1] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่อย่างมากจากบุคคลรอบข้างและครอบครัว[3] ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว[4] อีกทั้งจากผลการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2560 ที่รายงานว่าผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ส่งผลกระทบสุขภาพกาย สุขภาพใจ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และยังมีผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพร่างกายและ

ร้อยละ 49.1 มีปัญหาทางจิตใจ อันเป็นผลมาจากภาระและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นที่ต้องดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ดูแล[5] นอกจากนี้ยังกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพเหมือนที่เคยทำ และไม่มีเวลาเข้าสังคมจากการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึงวันละประมาณ 14 ถึง 18 ชั่วโมง[6] ทำให้รายได้ในครอบครัวลดลง และมีภาระหนี้สินจากการดูแล อีกทั้งหากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนก็จะเพิ่มขึ้น[3] หากผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ความตึงเครียดจากการดูแล ท้อแท้ใจในบทบาทผู้ดูแล ที่เรียกว่า “ภาระการดูแล” ได้

ทั้งนี้ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ปัจจัย คือ 1) *ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและสังคม* หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ลักษณะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะความเป็นอยู่ทั่วไป และระยะเวลาในการดูแล 2) *ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น* หมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง และ 3) *ปัจจัยด้านตัวจัดการ* หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับตัวกระตุ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาระการดูแลได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแลและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวัน[7] ส่วนปัจจัยด้านตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[3,8] สำหรับปัจจัยด้านตัวจัดการที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่จะนำไปหาอำนาจการทำนายพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลและระยะเวลาในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ส่วนปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล[6] ซึ่งการศึกษาของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาถึงอำนาจทำนายตัวแปรคัดสรรดังกล่าวต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล เป็นเพียงหาการหาความสัมพันธ์หรือวิธีการปรับตัวของผู้ดูแลเท่านั้น การวิจัยนี้จึงมี*วัตถุประสงค์*เพื่อประเมินปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยคัดสรรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดภาระการดูแลของเพอรินและคณะจากผลการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร[10] เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยเศรษฐกิจของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะช่วยลดความรู้สึกภาระการดูแลหรือป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกภาระการดูแลที่รุนแรงได้และเป็นข้อมูลให้พยาบาลใช้ประกอบการวางแผนการดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแลและระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัจจัยด้านตัวจัดการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อค้นหาอำนาจทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งผู้วิจัยจะให้เลขกำกับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มีนัดมารับการตรวจในวันนั้นๆ แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเลขกำกับเลขคู่ที่แผนกอายุรกรรมในวันจันทร์ถึงวันพุธ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเลขกำกับเลขคี่วันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์ที่แผนกศัลยกรรม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) เป็นญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง ลูก หลาน ลุง ป้า น้า อา 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด 4) สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมีจำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน 6) เข้าใจถึงกระบวนการวิจัยครบถ้วนและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Thorndike[11] คือ n = 10k + 50 (n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปร) งานวิจัยนี้มีตัวแปรคัดสรรจำนวน 5 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วยแบบคัดกรองและแบบสอบถามสำหรับรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้คัดกรองเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบคัดกรองอาสาสมัคร แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ *ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองผู้ป่วย* ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ของสถาบันประสาท[12] ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน *ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองผู้ดูแล* ประกอบด้วยอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จำหน่ายจนถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมง/วันที่ดูแลผู้ป่วย และประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน เศรษฐกิจของผู้ดูแล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับภาระการดูแล 3) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของรสศุคณธ์ เจืออุปถัมย์[13] ข้อคำถามเป็นแบบ rating scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล 6 ข้อ ด้านการประคับประคองจิตใจ 5 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 5 ข้อ ด้านการจัดการภายในบ้าน 5 ข้อ ด้านการเงิน 5 ข้อ และด้านการพักผ่อน 5 ข้อ 4) แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลของ Zarit และคณะ[14] ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) และแปลผลตามระดับภาระการดูแลดังนี้ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาระการดูแล คะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลน้อย คะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลปานกลาง และคะแนน 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลระดับสูง ซึ่งได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: content validity index) ที่ 0.93 และได้ตรวจสอบ

ความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีคุณสมบัติอย่างเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.74 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.71 แบบประเมินความเครียดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.72 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.71 ส่วนแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ของสถาบันประสาทเป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นมาตรฐานสากลผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความเที่ยง

หลังจากได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวรและคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเป้าหมายได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวิธีพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงเกี่ยวกับการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม หลังจากกลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบตอบแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) วิเคราะห์หาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติถดถอยพหุคูณและวิเคราะห์การถดถอยแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (adjusted R^2) อนึ่ง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามหมายเลขโครงการ: P3-0056/2565 ลงวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2565 และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเป้าหมาย ตามหมายเลขโครงการ: 143/2566 ลงวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 100 คน โดยผู้ดูแลเป็นเพศชาย 14 คน (ร้อยละ 14) และเป็นเพศหญิง 86 คน (ร้อยละ 86) มีอายุ 41-50 ปี 37 คน (ร้อยละ 37) มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา 52 คน (ร้อยละ 52) ดูแลผู้ป่วย 13-18 ชั่วโมงต่อวัน 66 คน (ร้อยละ 66) และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน 2,001-3,000 บาท 72 คน (ร้อยละ 72) นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 15.63 ชั่วโมง (SD = 4.18) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 3,330.00 บาท/เดือน (SD = 795.25) (ตารางที่ 1)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต้องพึ่งพาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 62.75, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.0) 89 คน (ร้อยละ 89) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน** (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	14 (14.0)
หญิง	86 (86.0)
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย 43.35, SD = 8.401, ค่าต่ำสุด 28, ค่าสูงสุด 60)	
20-30 ปี	2 (2.0)
31-40 ปี	34 (34.0)
41-50 ปี	37 (37.0)
51-60 ปี	27 (27.0)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา มารดา	1 (1.0)
สามี ภรรยา	52 (52.0)
บุตร หลาน	42 (42.0)
พี่น้อง	3 (3.0)
ลุงป้าน้าอา	2 (2.0)
ระยะเวลาในการดูแล (เดือน) (ค่าเฉลี่ย 42.94, SD = 26.72, ค่าต่ำสุด 7, ค่าสูงสุด 140)	
6-60 เดือน	78 (78.0)
61-120 เดือน	19 (19.0)
121-180 เดือน	3 (3.0)
ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน (ชั่วโมง/วัน)	
6-12 ชม.	16 (16.1)
13-18 ชม.	66 (66.0)
19-24 ชม.	18 (18.0)
(ค่าเฉลี่ย15.63, SD = 4.18, ค่าต่ำสุด 6, ค่าสูงสุด 22)	
รายได้ต่อเดือน (ค่าเฉลี่ย 7,760.0; SD = 4,630.53; ค่าต่ำสุด 1,500; ค่าสูงสุด 30,000)	
≤ 5,000 บาท	27 (27.0)
5,001-10,000 บาท	62 (62.0)
10,001-15,000 บาท	7 (7.0)
> 15,000 บาท	4 (4.0)
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน	
1,000-2,000 บาท	5 (5.0)
2,001-3,000 บาท	72 (72.0)
3,001-4,000 บาท	7 (7.0)
4,001-5,000 บาท	16 (16.0)
(ค่าเฉลี่ย 3,330.00; SD = 795.25, ค่าต่ำสุด 2,000; ค่าสูงสุด 5,000)	

ตารางที่ 2 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

Barthel Index	**จำนวน** (ร้อยละ)
ต้องพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-20 คะแนน)	1 (1.0)
ต้องพึ่งพาระดับมาก (25-45 คะแนน)	10 (10.0)
ต้องพึ่งพาระดับปานกลาง (50-70 คะแนน)	89 (89.0)
(ค่าเฉลี่ย 62.75, SD = 11.0, ค่าต่ำสุด 20, ค่าสูงสุด 70)	

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.63 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 4.18) ด้านเศรษฐกิจคือค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือนเท่ากับ 3,330.00 บาท (SD = 795.25) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับพึ่งพาปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจประจำวัน เท่ากับ 62.75 (SD = 11.00) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 2.02 (SD = 0.26) และมีภาระการดูแลเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเท่ากับ 34.32 (SD = 9.65) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยคัดสรรและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ตัวแปร	**Minimum**	**Maximum**	**Mean**	**SD**	**ระดับการพึ่งพา**
ระยะเวลาในการดูแล (ชม./วัน)	6.00	22.00	15.63	4.18	-
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (บาท)	2,000.00	5,000.00	3,330.00	795.25	-
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย	20.00	70.00	62.75	11.00	ปานกลาง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	1.50	2.86	2.02	0.26	น้อย
ภาระการดูแล	0	64.00	34.32	9.65	น้อย

SD: standard deviation ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรคัดสรร ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีตัวแปร 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = 0.327$, $p = 0.001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล($r = -0.602$, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.253$, $p = 0.011$) ส่วนระยะเวลาในการดูแลต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = -0.607$, $p = 0.505$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ตัวแปร	ภาระการดูแล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value[a]
เศรษฐกิจของผู้ดูแล	0.327	0.001
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน	-0.067	0.505
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-0.602	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.253	0.011

[a]Pearson's Correlation Coefficient

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -0.581, p < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -0.189, p = 0.019) ทั้งนี้สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.6 (adjusted R^2 = 0.386, p < 0.001) หมายความว่าเมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ มีระดับการพึ่งพาระดับปานกลางและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดภาระการดูแลระดับน้อยร้อยละ 38.6 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	p-value[a]
ค่าคงที่	80.751	7.093		< 0.001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-0.510	0.070	-0.581	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	-7.145	2.990	-0.189	0.019

B: unstandardized regression coefficient, SE: standard error, Beta: standardized regression coefficient,
adjusted R^2 = 0.386

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเท่ากับ 34.32 (SD = 9.65) เมื่อแปลผลตามแบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit และคณะ[14] (คะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลน้อย) โดยมีตัวแปร 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลเพื่อนำไปหาอำนาจการทำนายภาระการดูแล ได้แก่ เศรษฐกิจของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าเศรษฐกิจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.327, p = 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanh[7] ที่พบว่าเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาระการดูแล (r = 0.46, p < 0.01) เศรษฐกิจในที่นี้หมายถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย หากมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลก็จะมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย

3,330 บาท/เดือน แต่ผู้ดูแลร้อยละ 62 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ถึงแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล แต่อาจไม่กระทบต่อภาระหนี้สินหรือการดำรงชีพของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย ทำให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แปรผันตามเศรษฐกิจมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.602$, $p < 0.001$) ซึ่งหมายถึงหากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองน้อยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลมาก[3] แต่หากผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้มาก การช่วยเหลือของผู้ดูแลก็จะน้อย ระดับภาระการดูแลก็จะน้อยลง[4] ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลางจึงทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา คะแนนภาระการดูแลจึงอยู่ในระดับน้อยส่งผลให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แปรผกผันกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ[15] ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการศึกษาของ Hanh[7] ที่พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กันทางลบ ($r = -0.34$, $p < 0.01$)

อนึ่ง ผลการศึกษานี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.253$, $p = 0.011$) หมายถึงหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น อธิบายได้ว่าถ้าผู้ดูแลได้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอตามความต้องการ ผู้ดูแลก็จะสามารถจัดการกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและไม่เกิดภาระการดูแลได้[4] จึงทำให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แปรผกผันกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Akosile และคณะ[16] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.295$, $p = 0.018$) และผลการศึกษาของ Hanh[7] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.57$, $p < 0.01$)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ($r = -0.067$, $p = 0.505$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาในครั้งนี้และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choiและคณะ[17] ที่พบว่าการดูแลที่ยาวนาน (มากกว่า 15 ชั่วโมง/วัน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ($r = 0.07$, $p < 0.05$) อาจเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลกว่า 1 ใน 3 อายุ 41-50 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่สูง ต้องบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวควบคู่ไปกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วย[18] นอกจากนี้ผู้ดูแลกว่าครึ่งในการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์เหนียวแน่นกับผู้ป่วยจึงอาจทำให้ผู้ดูแลพร้อมหรือเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและผูกพัน หรือจากความเชื่อเกี่ยวกับบุญคุณ ความกตัญญู และการตอบแทนให้ผู้ป่วย[19] แม้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยจะมากถึงกว่า 15 ชั่วโมงในแต่ละวัน แต่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 34.32, SD = 9.65) จึงส่งผลให้ระยะเวลาที่ดูแลไม่สัมพันธ์กับภาระการดูแล

ผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายภาระการดูแลพบว่ามีตัวแปร 2 ตัวที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($\beta = -0.581$, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.189$, $p = 0.019$)

หมายความว่าเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพามากร่วมกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ทำให้เกิดภาระการดูแลได้ โดยสามารถร่วมทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.6 เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการรับรู้ภาระการดูแลของเพอร์ลินและคณะจากการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร[10] ทั้งนี้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นปัจจัยตัวกระตุ้นที่ส่งผลต่อระดับภาระการดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยรุนแรงหรือความพิการที่หลงเหลือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาและต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ตามปัญหาที่ผู้ป่วยเป็น[3] จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิดการรับรู้ภาระการดูแลของเพอร์ลินและคณะจากผลการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร[10] แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นๆ สามารถจัดการกับปัจจัยตัวกระตุ้นซึ่งในที่นี้คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำของผู้ป่วยได้ เพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลที่มากเกินไป เมื่อผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นข้อมูล การเงิน สิ่งของหรือขวัญกำลังใจไม่ว่าจะระดับมากหรือน้อยจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยจัดการกับปัญหาได้ หรือรู้สึกมีคุณค่า จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังกายกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรค จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากลดลง เกิดความรู้สึกว่ามีภาระการดูแลลดลง[21] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Akosile และคณะ[16] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากครอบครัวและความเข้มแข็งในครอบครัวส่งผลให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้ และผลการศึกษาของ Hanh[7] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล สิ่งของอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[21] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลที่นำเสนอนี้สรุปได้ว่าหากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาและยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยจะยิ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแลได้มากขึ้น หากผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น ระดับภาระการดูแลก็จะลดลง และหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้หรือพึ่งพาผู้ดูแลได้น้อย ร่วมกับผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น ผู้ดูแลรับรู้แหล่งประโยชน์และสามารถดึงแหล่งประโยชน์นั้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ก็จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาระการดูแลได้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การหาแหล่งประโยชน์และการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนถึงผู้ป่วยได้กลับบ้านและการติดตามต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพ ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับผลของรูปแบบเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองของผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดและป้องกันภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ. ดร.ดวงพร ปิยะคง ที่ปรึกษางานวิจัยที่ได้ช่วยเหลือตลอดการดำเนินงานวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งนี้ทุกคนที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Incidence and prevalence for all stroke types combined. Global Stroke Fact Sheet [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 25]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020
2. Ministry of Public Health. Campaign message for World Stroke Day. Division of Non-Communicable, Department of Disease Control [Internet]. [cited 2024 Mar 25]. Available from: http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail
3. Poovatanaruk N, Nakawiro P. Prevalence and associated factors of caregiver burden among stroke patients. JPMAT [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 25]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/242188
4. Udonsart S, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors. In the 3rd Nation Conference. Ubonratchathani: Ubonratchathani University; 2018. p.451-61.
5. Long N, Pinyopasakul W, Pongthavornkamol K, Panitrat R. Factors predicting the health status of caregivers of stroke survivors. A cross-sectional study. N Health Sci 2019;21(2):262-8.
6. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Reg 4-5 Med J 2018;35(1):14-27.
7. Hanh PT. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. SCNJ [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 25]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/102076/78995
8. Kunyodying T, Pothiban L, Khampolsiri T. Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. Nursing J 2015;42(Special December 2015):107-17.
9. Ogunlana MO, Dada OO, Oyewo OS, Odole AC, Ogunsan MO. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. HKPJ 2014;32(1):6-12.
10. Kongnirundon S. Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. The JPNMH 2018;32(3):118-32.
11. Srisathitnarakun B. The methodology in nursing research. Bangkok, Thailand: U & I Inter media Co Ltd; 2007.
12. Thai Neurological Nurse Society, Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke [Internet]. Neurological Institute of Thailand 2007 [cited 2024 Mar 25]. Available from: http://www.neurothai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf
13. Chuaoupathum R. Nursing care need of caregivers for stroke patients at home [Internet]. Christian University of Thailand; 2010 [cited 2023 Jun 15]. Available from: http://library.christian.ac.th/thesis/document/T030715.pdf
14. Zarit SH, Reever KE, Peterson JB. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20(6):649-55.
15. Junsiri P. Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai Hospital. Mahasarakham Hosp J 2021;18(2):72-80.

16. Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. HQLO 2018;16(1):1-7.
17. Choi K, Kim H, Kwon S, Kim J. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. Arch Phys Med Rehabil 2005;86(5):1043-8.
18. Pongsuwan C. Qualitative study on how caregivers of stroke patients in southern Thailand manage their own self-care and the care for their family in the long-term. SCNJ 2022;9(1):213-27.
19. Kongnirundon S. Factors influencing burden among caregiver of patients with schizophrenia. JPMHN 2018;32(3): 118-32.
20. Inphen Y, Chaiard J, Khampolsiri T. The effect of social support program on adaptation of stroke caregivers. Nurs J 2021;48(1):41-53.
21. Wijitraphan T. Prevalence and risk factors of caregiver burnout in stroke patient's caregiver. Lanna J Health Promotion Environ Health 2020;6(1):56-62.