



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

นิภาภรณ์ เทียงหนู* และ สุริพร จนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .37$) ภาวะซึมเศร้า ($Beta = -.24$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($Beta = .22$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 33

สรุป: ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้ดูแลในครอบครัว/ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง/ ปัจจัยทำนาย



Factors predicting quality of life among family caregivers of stroke survivors

Niphaphon Thiangnu * and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

This predictive research aims to study quality of life of family caregivers of stroke survivors and determine the quality of life of family caregivers of stroke survivors. The samples were family caregivers of stroke survivors attending the outpatient departments of the Neurological Institute of Thailand and King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. The research tools consisted of questionnaires to collect personal data, quality of life, activities of daily living (ADLs), care burden, depression, family relationship, and social support. The data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's coefficients, and stepwise analysis of multiple regression.

The results of the research were as follows. Family caregivers of stroke survivors had a moderate quality of life with the mean scores of 95.89 (S.D. = 11.48). The factors predicting the quality of life of caregivers in survivors' families with statistical significance at .05 levels were social support (Beta = .37), depression (Beta = -.24), and ADLs of survivors (Beta = .22). Predictive factors accounted for 33 percent of quality of life.

Conclusions: *The findings are useful for the further development of nursing intervention programs to prepare family caregivers of stroke survivors appropriately in order to enhance good quality of life among these caregivers.*

Keywords: quality of life/ family caregiver/ stroke survivor/ predictive factors



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) สำรวจประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ¹ สำหรับในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลังของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 36,214 คน เพศชาย 21,163 คน เพศหญิง 15,051 คน²

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นทำให้สามารถดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้มากขึ้น โดยทั่วไปผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหากผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่³ ผลกระทบหลักมีทั้งระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง กล่าวคือ ในระยะเฉียบพลันอาจทำให้เสียชีวิตได้ และในระยะเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ⁴ ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมีมากขึ้น

ครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทันที และในระยะยาว เห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้รอดชีวิตจากโรค

หลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและอาจใช้ระยะเวลายาวนานทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ในครอบครัวตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.31, p = .00$)⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น ส่วนงานศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในผู้รอดชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในรายด้านภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ดูแลที่อาจเป็นญาติและไม่ใชญาติ นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อน และมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อสังคมไทยและนานาชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาคุณภาพชีวิต การรับรู้ความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้มาศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และพามารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และพามารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กำหนดการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง ตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในอัตราส่วน 1 : 6 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนตุลาคม 2566

การคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

1.2 เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.3 ให้การดูแลเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

1.4 สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

1.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาดค่าอิทธิพลขนาดกลาง⁷ .15 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง



เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10^8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือในการดูแลรายได้ ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)⁹ มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน)-มากที่สุด (5 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.8406 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) พัฒนาขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965)⁸ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁰ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คือ ไม่สามารถทำเองได้ (0 คะแนน)-ทำได้เอง (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาวะพึ่งพาน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแลที่บ้านของอรรณพ แผนคง¹¹ มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน)-แทบทุกครั้ง (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาระการดูแลยิ่งมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร

และคณะ¹² มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน)-บ่อยครั้ง (3 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของบุษราคัม จิตอารีย์¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน)-จริงมากที่สุด (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวยิ่งดี

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของภรภัทร อิมโธฐ¹⁴ ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1 คะแนน)-มากที่สุด (5 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ สถาบันประสาทวิทยา เอกสารรับรองเลขที่ สธ 0313(13700)/2846 วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2566 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ COA No.1195/2023 วันที่รับรอง 11 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการวิจัย และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและสอบถามผู้ดูแลที่สนใจ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกจากสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 72 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 48 คน เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2566 โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ในภายหลัง ทั้งนี้ จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและให้เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้แก่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ นำผู้ดูแลในครอบครัวไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ อธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม และให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-45 นาที

5. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุเฉลี่ย 48.50 ปี ($SD = 8.78$) (พิสัยอายุ 45-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 แหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระยะเวลาในการดูแล มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 7 เดือน ให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 5.55$) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.3

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 61-95 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.94 ด้านสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.76 ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.66 และด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50



ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต	1							
2. ระยะเวลาในการดูแล	.05	1						
3. การดูแลภาวะซึมเศร้า	-.34*	-.06	1					
4. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.22*	.16	.41*	1				
5. การสนับสนุนทางสังคม	.24*	.0	-.29*	-.42*	1			
6. รายได้	.24*	.07	-.20*	-.17	.31*	1		
7. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว	.03	-.20*	-.09	-.03	.0	.06	1	
8. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว	.37*	-.06	-.34*	-.35*	.33*	.46*	.10	1

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในระดับปานกลาง ($r = -.34$, $r = -.35$ ตามลำดับ) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = .37$, $r = .33$,

และ $r = .46$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการดูแลและรายได้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.06$ และ $r = .10$ ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 33 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคลมแดดเลือดสมอง โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ($n = 120$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	75.69	5.09		14.87	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.34	.07	.37	4.78	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.47	.15	-.24	-3.12	<.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต	.33	.11	.22	2.89	.005

$R = .34$ adjusted $R^2 = .33$ S.E. = 8.38

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคลมแดดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ ยุทธกรานต์ ชินโสตร์¹⁵ ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคลมแดดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 26-130 คะแนน ซึ่งหมายถึง ยิ่งคะแนนสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านของการศึกษารังนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 ($SD = .51$) ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.94 ($SD = .48$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.76 ($SD = .54$) และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.66 ($SD = .61$) โดยพบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคลมแดดเลือดสมองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคลมแดดเลือดสมอง ($\beta = .34$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดี ย่อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในทางบวกจะสามารถบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวได้ มีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba และคณะ⁵ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = .20$, $p = .001$) การที่ญาติและผู้ดูแลได้มีการพบปะพูดคุยกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน ได้รับความ



ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และมีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวและมีระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นได้⁶

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยรองที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.47, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี ($SD = 8.78$) ซึ่งวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ไปในทางเสื่อมถอย เช่น โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลจากความไม่มั่นใจในการดูแลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ ดังนั้นการให้กำลังใจและพร้อมเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Efi และคณะ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.59, p < .05$)¹⁶

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .33, p = .005$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 26.7 ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 12.5 และต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 68.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ กรภัทร อิมโอรุและคณะ¹⁴ ที่พบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูงส่งผลทำให้ดูแลรับรู้ถึงภาระมากขึ้น ระดับการพึ่งพิงมากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความ

ต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาที่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.8 มีความรู้สึกเป็นภาระมากคิดเป็นร้อยละ 20 และมีความรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5 อธิบายได้ว่า การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมาโดยตลอดเวลานั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวก็อาจจะมีปัญหาของตนในหลาย ๆ ด้าน และเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro และคณะ¹⁵ พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $-.06$ ($r = -.06$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว



ก็จะไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด มีความคลุมเครือในบทบาท หรือขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยคุกคามต่อชีวิตตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแล มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 7 เดือน ให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 5.55$) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะความชำนาญ เนื่องจากระยะเวลา ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba และคณะ⁵ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁶

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .33 ($r = .33$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 39.2 และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมีค่าคะแนนเฉลี่ย 53.56 ($SD = 8.4$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในฐานะบุตร ทำให้เกิดความสงสาร มีความตั้งใจในการดูแลเนื่องจากการดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูตอบแทนพระคุณบิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bierhals และคณะ¹⁶ พบว่า สัมพันธภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($p = .005$)

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .10 ($r = .10$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 และแหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 ทำให้รายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวไม่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้เพราะมีครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล และพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 ทำให้ถึงแม้จะมีรายได้มากหรือน้อยก็มีความพร้อมในการดูแล บิดา มารดา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย⁷ พบว่า รายได้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การมีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 33 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดคุณภาพชีวิตบางส่วนขององค์รอนามัยโลก กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวการรับรู้และรู้สึกพึงพอใจที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การพยาบาลผู้ดูแลในครอบครัว โดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่ผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นการศึกษาจึงไม่ได้อธิบายไปถึงกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองควรมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

References

1. World Stroke Organization. Impact of stroke [Internet]. c2024 [cited 2023 Feb 12]. Available from: www.world-stroke.org
2. Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Public health statistics [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2021 [cited 2023 Feb 12]. Available from: www.spd.moph.go.th/public-health-statistics
3. Dzevdet S, Biljana K, Osman S. Five-year survival-after first-ever stroke. Bosn J Basic Med Sci [Internet]. 2006 Aug [cited 2024 Jun 29]; 6(3): 17-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16995842/doi/10.17305/bjbm.2006.3138> PubMed PMID: 16995842 PMCID: PMC7193668.
4. Department of Medical Services, Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for ischemic stroke. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. 7 p. (in Thai).
5. Ba M.S, Monkong S, Leelacharas S, Satitvipawee P. Factors explaining quality of life among family caregivers of people with stroke in Myanmar: A cross-sectional study. Pacific Rim Int J Nurs Res [Internet], 2022 Mar 5 [cited 2024 Jun 29]; 26(2): 355-369. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/256523/174562>
6. Leeuw D, Joop J, Don A. International handbook of survey methodology. Spain: Routledge Published; 2008. 560 p.
7. Seesuy F. Quality of life of caregivers in patients with stroke at king Chulalongkorn memorial hospital [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. 150 p. (in Thai).
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The barthel index. Md State Med J [Internet]. 1965 Feb [cited 2024 Jun 29]; 14; 61-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/> PubMed PMID: 14258950.



9. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-THAI [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://dmh.go.th>
10. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1998. 86 p. (in Thai).
11. Pankong O, Kangchai W, Sabgranonth R. Effects of self-help group on perceived burden and well-being of caregivers of the elderly with dementia. JFONUBUU [Internet]. 2022 Mar 8 [cited 2024 Jun 29];14(1): 47-57. Available from: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/1513> (in Thai).
12. Vorapongsathorn T, Pandii W, Triamchaisri S. Construct validity of the CES-D depression. TH J CLI PSY. 1990; 21: 25-45. (in Thai).
13. Jitaree B. The factors influencing depression amongst the elderly at a community in Nakhon Pathom province [Thesis]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2012.
14. IM-OTE P. Influencing factors of home care behaviors by family caregivers for stroke patients [Thesis]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2007. (in Thai).
15. Chinasote Y. The study of quality of life among the caregivers of the patients with cerebrovascular disease in community Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. JPMAT [Internet]. 2018 Aug 22 [cited 2024 Jun 29]; 6(2): 140-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/141631/104956> (in Thai).
16. Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B, Chrysoula L, Kyriaki M. Quality of life and psychological distress of caregivers of stroke people. Acta Neurol Taiwan [Internet]. 2017 Dec 15 [Cited 2024 Jun 29]; 26(4): 154-166. Available from: http://www.antsjournal.com/Mag_Files/26-4/002.pdf PubMed PMID: 30315561.
17. Caro C, Costa J, Da C. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. Occup Ther Health Care [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 Jun 29]; 32(2): 154-171. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07380577.2018.1449046> doi: org/10.1080/ 07380577.2018.1449046
18. Carla, C. B. K., Bierhalsa, G. L., Lisiane, M. G., Paskulinc. Quality of life perceptions of family caregivers of older adults stroke survivors: A longitudinal study. Appl Nurs Res [Internet]. 2019 May 7 [cited 2024 Jun 29]; 47: 57-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31113549/>doi: 10.1016/j.apnr.2019.05.003 PubMed PMID: 31113549.