

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

อุนเรื้อน ศรอากาศ* วรณี เดียววิเศษ** จินตนา วัชรสินธุ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 74 ราย เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟู และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Functional Independent Measure: FIM) ในเกณฑ์ต่ำ (18-35) ถึงระดับปานกลาง (36-53) ทำการเก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเชื่อการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

ผลการวิจัย พบว่า

1. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง
2. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง
3. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสังคม อยู่ในระดับน้อย
4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .48$, $p < .001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11$, $p > .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38$, $p < .001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64 ($p < .001$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี; Email: aunreun@bcnnon.ac.th

**รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors influencing family caregivers' rehabilitation behavior for stroke patients

Aunreun Sornarkas* Wannee Deoisres** Chintana Wacharasin**

Abstract

This predictive research aimed to describe beliefs about rehabilitation for stroke patients of family caregivers, social support, rehabilitation behavior and to examine the factors influencing family caregivers rehabilitation behavior

* RN, M.N.S. Nurse Practitioner, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi; Email: aunreun@bcnnon.ac.th

** RN, PhD. Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand.

for stroke patients. The convenience sample were 74 primary family caregivers of stroke patients who took the patients to receiving medical treatment at the Out – patient Department, the Prasat Neurological Institute. The stroke patients had low (18-35) to medium (36-53) estimated from Functional Independent Measure (FIM) score. Data were collected between June and August, 2015. The tools composed of demographic data, beliefs about rehabilitation, social support, and rehabilitation behavior of family caregivers for stroke patients.

The results were as follows:

1. The facilitating beliefs of family caregivers towards promoting rehabilitation behavior for stroke patients was rated at a moderate level.
2. The social support of family caregivers for stroke patients was rated at a moderate level.
3. The rehabilitation behavior in the aspect of physical rehabilitation and spiritual rehabilitation were rated at a moderate level and social rehabilitation was rated at a poor level.
4. Factors that influencing family caregivers' rehabilitation behavior for stroke patients were found beliefs about rehabilitation ($\beta = .48, p < .001$), time caring ($\beta = -.11, p > .05$) and social support ($\beta = .38, p < .001$). Which explained variance of family caregivers' rehabilitation behavior for stroke patients 64 % ($p < .001$).

Keywords: stroke, beliefs, social support, rehabilitation behavior, family caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการ ผู้ป่วยที่รอดชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical) การทำหน้าที่ (Functional) และการรู้คิด (Cognitive) ผู้ป่วยบางรายมีความพิการรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ซึ่งรองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ ในปี 2557 มีอัตราการตาย 38.66 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการป่วย 352.30 ต่อแสนประชากร¹ และผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 32 มีความพิการอย่างรุนแรง² มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัว ในการดูแล ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแล้วจะได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต่อเนื่องที่บ้าน³⁻⁴ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง⁵ ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลักจะเป็นบุคคลที่

ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกครอบครัวคนอื่น⁶

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลับคืนสู่ภาวะใกล้เคียงปกติมากที่สุด ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล⁷ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน บางรายไม่มีผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกครอบครัวต้องทำงาน บางครอบครัวอาจมีผู้ดูแลอยู่ด้วย แต่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง บางครอบครัวคิดว่าเป็นภาระในการดูแล และเชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงส่งผลให้ไม่มีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁸ และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 28.0 โดยภาวะที่พบมากที่สุด คือ แผลกดทับ รองลงมา คือ มีการติดเชื้อ และข้อติดแข็ง⁹

มีปัจจัยหลายประการส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาแบบความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model)¹⁰ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ

บุคคลส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อของบุคคล ความเชื่อการเจ็บป่วยมีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ 1) ความเชื่อของผู้ป่วย 2) ความเชื่อของสมาชิกครอบครัว 3) ความเชื่อของทีมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ จะมีความเชื่อที่ต่างกัน ความเชื่อบางอย่างอาจสอดคล้องกัน ระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว แต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของทีมสุขภาพ ความเชื่อการเจ็บป่วยมีหลายด้าน แต่ที่สำคัญ พบว่า มี 7 ด้าน ดังนี้ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Beliefs about diagnosis) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค (Beliefs about etiology) 3) ความเชื่อเกี่ยวกับการหาย และการรักษา (Beliefs about healing and treatment) 4) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย (Beliefs about mastery, control and influence) 5) ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Beliefs about prognosis) 6) ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา - จิตวิญญาณ (Beliefs about religion / spirituality) 7) ความเชื่อเกี่ยวกับสัมพันธภาพ (Beliefs about relationships)

ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีผลต่อการพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแล การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย¹¹ ในทางตรงข้าม การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน มีผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย¹²

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลได้ การให้ความรู้ และการให้ข้อมูลรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น¹³ แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม ส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อของครอบครัว¹⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการปรับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 74 ราย ทำการเก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการเลือกตามความสะดวก (Convenient sampling) ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป อายุ 20 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁵ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมินค่า 4) ด้านทรัพยากร มีคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า ตั้งแต่ 1 – 4 ดังนี้ คือ รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนมากที่สุด (4 คะแนน) รับรู้ว่าการสนับสนุนมาก (3 คะแนน) รับรู้ว่าการสนับสนุนน้อย (2 คะแนน) รับรู้ว่าการสนับสนุนเลย (1 คะแนน)

3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นจากแนวคิดความเชื่อการเจ็บป่วยของโรห์ และเบลล์¹⁰ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความเชื่อ 3 ด้าน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการหาย และการรักษา จำนวน 2 ข้อ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ดังนี้ คือ รับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นมาก (4 คะแนน) รับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นปานกลาง (3 คะแนน) รับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นน้อย (2 คะแนน) รับรู้ว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเลย (1 คะแนน)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ใช้วัดพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และด้านสังคม ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ดังนี้ คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ (5 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์) (4 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์) (3 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง (1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์) (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย (1 คะแนน)

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.9 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .86 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สถาบันประสาทวิทยา การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติความเห็นชอบโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เมื่อได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจาก ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัย ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจง และขอเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประชาสัมพันธ์เชิญชวนสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก
6. ผู้วิจัยเรียงลำดับแบบสอบถาม ดังนี้
 - 6.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล
 - 6.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [FIM]¹⁶

6.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิก
ครอบครัวผู้ดูแล

6.5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.6 แบบสอบถามพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบ สอบถาม และ
เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาลงรหัส เพื่อจำแนก
ข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล และผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง นำมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล โดยใช้การ
วิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) ที่
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล (n=74)

ตัวแปรทำนาย	b	β	SE	t	p-value
ค่าคงที่		-9.40	7.10		
ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.28	.48	.24	5.18	.000**
ระยะเวลาในการดูแล	-3.47	-.11	2.21	-1.57	.122
การสนับสนุนทางสังคม	.90	.38	.21	4.17	.000**

R² = .64 F(3, 70) = 40.60

ผลการวิจัย

สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล จำนวน 74 ราย เพศหญิง ร้อยละ 75.20 อายุเฉลี่ย 47.51 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.80 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.47 เดือน เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 44.60 เป็นบุตร ร้อยละ 37.80 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 74 ราย เพศชาย ร้อยละ 58.10 อายุเฉลี่ย 65.99 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.10 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เฉลี่ย 13.78 เดือน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.20

กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสังคม อยู่ในระดับน้อย

ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .73, p < .001$ และ $r = .62, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .48, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11, p > .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38, p < .001$) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64 ($p < .001$)

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และจิตวิญญาณร่วมด้วย ซึ่งการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความหวัง และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้¹⁷⁻¹⁸ จึงส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย สำหรับความเชื่อด้านการหาย และการรักษา อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานกว่าจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้¹⁹

2. กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านนั้นไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล อาจอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้น ช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมช่วยประคับประคอง จะทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์นั้นได้²⁰

3. กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจนั้น ช่วยให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิจะช่วยจัดการความรู้สึกท้อใจ/ หมดหวัง ทำให้จิตใจสงบขึ้น เป็นการให้ความสำคัญกับศักยภาพทางจิตใจที่มีผลต่อร่างกาย²¹

สำหรับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านสังคมนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากเกรงว่าสังคมจะรังเกียจ³ และบางส่วนเกิดจากสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลขาดความ

พร้อมในการพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีภารกิจที่ต้องปฏิบัติหลายอย่าง ทั้งการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน เตรียมอาหาร ซื้อของใช้ ดูแลให้รับประทานยา พาไปพบแพทย์ และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวรายอื่นๆ²²

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ($\beta = .48, p < .001$) และรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38, p < .001$) และพบว่า ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11, p > .05$) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีการปรับตัวเพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลต้องปรับตัว บางรายอาจออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย โดยมีสมาชิกคนอื่นๆ ช่วยด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว²³ ประกอบกับ ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีสิทธิในการรักษา จึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้ อาจส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย จึงควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นๆ มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษา เพื่อปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับความเชื่อที่สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ:ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2557]; เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
2. วิชัย เอกพลาการ และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (บรรณาธิการ). สหกรณ์ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2550.
3. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส; 2550.
4. สถาบันประสาทวิทยา. รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
5. Oupra R, Griffiths R, Pryor J. Effect of community based rehabilitation program on outcomes for stroke survivors in Thailand. J Health Sci Res. 2008;2(2):1-7.
6. Denham SA. Family health: A framework for nursing. Philadelphia: F.A. Davis Publishers; 2003.
7. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง (Hemiplegic Stroke) แบบผสมผสาน. กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก; 2553.
8. ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;30(4):6-14.
9. สมนึก สุกหล่งสโสมณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณ์ โหลสกุล. ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554;4(2):36-52.
10. Wright LM, Bell JM. Beliefs and illness: A model for healing. Calgary, Canada: 4th Floor Press; 2009.
11. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008;108(9):23-7.
12. Chow SK, Wong FK, Poon CY. Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness. 2007;16(7b):133-43.
13. น้ำค้าง พรหมเสน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
14. Sullivan KA, Waugh D. Toward the cerebrovascular attitudes and beliefs scale (CABS): A measures of stroke-related health beliefs. Top Stroke Rehabilitation. 2007;14(3):41-51.
15. House, J. S. (1981). Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing Company.
16. ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
17. Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. Western J Nurs Res. 2008;30(5):606-19.
18. Halligan P. Belief and illness. The Psychologist. 2007;20(6):69-72.
19. Vincent C, Desrosiers J, Landreville LD, BRAD group. Burden of caregivers of people with stroke: Evolution and predictors. Cerebrovasc Dis. 2009;27(5):456-64.

20. อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญ
ในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. ราชบัณฑิตยสาร. 2553;16(2)
:309-22.
21. สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรียา ไชยลังกา.
ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา. สงขลา
นครินทร์วารสาร. 2550;25(4):283-94.
22. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. Physical rehabilitation.
5thed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2007.
p.732-6.
23. ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. กรณี
ศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
ทำงานนอกบ้าน. ราชบัณฑิตยสาร. 2556;18(1):119-33.

