บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และการเผชิญความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

The Relationship Model between Stress and Coping among Family Caregivers of the Patients with Stroke in SamutSakhon Hospital

ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน (Laddawan Seangon)*
จันทร์ญา พัววิริยะพันธ์ (Janya Puaviriyapant)**
ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล (Tararat Songsithikul)**

Received: November 28, 2021
Revised: December 20, 2021
Accepted: February 4, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 161 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบวัดความต้องการเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ (3) แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด มีค่า CVI เท่ากับ 0.88 ข้อมูลถูกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการเวลาในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) และมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 68.9) (2) กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และ (3) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความ

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

เครียดโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .350, p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .376, p < .01$ และ $r = .269, p < .01$ ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยพยาบาลควรสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติตามบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและพยาบาลควรให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถปฏิบัติ ด้วยตนเองได้ เพื่อให้ญาติเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีภาวะเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน นอกจากนี้ พยาบาลต้องสร้างความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วย ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อญาติจะได้เตรียมพร้อมกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง, ความเครียด, วิธีการเผชิญความเครียด

* Corresponding author: Laddawan Seangon; Email: dr.lad2516@gmail.com

*อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Instructor, Faculty of Nursing, Christian University

** Instructor, Faculty of Nursing, Christian University

Abstract

This descriptive research is a study of the relationship between stress and coping methods in family caregivers of the patients with stroke in Samut Sakhon Hospital. The sample in this study were 161 family caregivers of the patients with stroke who received treatment at Samutsakhon Hospital from February 1 to December 31, 2020. The research instruments included : (1) Personal Information Questionnaire (2) The Caregiving Demand Scale are including: the caring required- time scales which the caregivers spend on their stroke patients (CVI = 0.95) ; and the caregiver's stress scales (CVI = 1.0) ; and (3) the stress coping methods of stroke patient's caregiver scales (CVI = 0.88) The data were analyzed the relationship between the stress and the stress coping methods with Pearson's correlation coefficient statistic test.

The research results showed that: (1) Family caregivers of the patients with stroke require the caring time for overall their patients in the moderate level (59.6%) and the overall caregiver's stress level was low (68.9%); (2) The sample used a stress coping method in 3 aspects : problem confrontation, emotions management and alleviating feelings of stress. And (3) the stress of the samples statistically significant showed positive relationships with the overall stress coping methods in low levels ($r = .350$, $p < .01$) In terms of aspects, the managing the emotion and compensating the stress feeling statistically significant showed positive correlation in low level, respectively ($r = .376$, $p < .01$ and $r = .269$, $p < .01$, respectively). Recommendations from research, nurses should guide the family caregivers of the patients with stroke based on the contexts and the environments that they will encounter after discharged from the hospital. Meanwhile, nurses can relief the caregiver's stress by promote the caregiver's participation until theyare skillful for caringtheir relatives at hospital, the caregivers cancaringwithout stress by themselves for their relatives at homes. In addition, nurses should instruct the caregivers for understanding the alterations of the patient's physical and the mental status. So, the caregivers can anticipate the possible patient's situation change.

Keywords: Family caregivers, Stroke, Stress, Stress coping methods

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสำคัญ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO]) รายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 17 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน ซึ่งผู้ที่พิการที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 คนต่อแสนคน หรือร้อยละ 2.0 โดยประมาณผู้ป่วยเพศหญิงเสียชีวิตจากโคหลอดเลือดสมองอันดับหนึ่ง รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย (Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2017)

จากการใช้เครื่องมือปีสุขภาวะที่สูญเสีย คนไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงถึง 4.3 ล้านปี แบ่งเป็นผู้ชาย 2.1 ล้านปี และผู้หญิง 2.2 ล้านปี โดยสาเหตุอันดับ 1 ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง คือโรคหลอดเลือดสมอง หมายความว่าแทนที่ผู้สูงอายุไทยจะเข้าสู่วัยชราอย่างมีคุณภาพ กลับต้องเสียชีวิตหรือพิการจากโรคนี้ และสูญเสียเวลาดีๆ ในวัยเกษียณไปมากถึง 4.3 ล้านปี นอกจากนี้ข้อมูลจากเว็บไซต์ของสมาคมหลอดเลือดระบุว่า องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (World Health Organization [WHO], 2015) ประมาณการว่าในแต่ละปี ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน 1 ใน 3 พิการ และอีก 1 ใน 3 เสียชีวิต ที่น่าวิตกแทนประเทศไทยก็คือ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยในปี 2563 คาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า(International Health Policy Development Agency, 2015)

ข้อมูลจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2563) ประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2561-2563 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ เท่ากับ 47.8, 47.10 และ 53.00 ตามลำดับจะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ พ.ศ. 2561เท่ากับ 506.20 เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 467.46 และเมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัดเขตบริการสุขภาพ พบว่าในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด3 อันดับแรก คือ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดสมุทรสาคร คิดเป็นร้อยละ 0.63, 0.62 และ 0.61 ตามลำดับ (International Health Policy Development Agency, 2019) และจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2560 ข้อมูลผู้ป่วยทุกช่วงอายุ จำนวน 651 คน มีผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-59 ปี จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 30.26 ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มวัยทำงานซึ่งถือว่าเป็นกำลังสำคัญของประเทศ และในปีเดียวกันมีผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเสียชีวิต 186 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ดังนั้นยังคงมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่องอีก 465 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 (Samutsakhon Provincial Public Health Office, 2017)

จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองของโลกและของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก โดย พ.ศ. 2559 องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: [WSO]) ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการป้องกัน การควบคุมโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ประเด็นหลัก คือ (1) สร้างความตระหนักต่อโรค (Awareness) (2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access) และ (3) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Action) อย่างไร

ก็ตามก็ยังพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีอัตราการป่วยตายเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (International Health Policy Development Agency, 2015) และหากผู้ป่วยรอดชีวิตก็จะทิ้งร่องรอยของการเป็นอัมพฤต หรืออัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบางรายอาจเป็นภาระต่อผู้ดูแลตลอดชีวิต (Chunhaborde, Supanunt, Oupara , & Thongsai, 2013) จึงต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่อง และยาวนานเพราะภาระกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล ที่เกิดจากการกดทับ การสื่อสารกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า คับข้องใจ และความเครียดตามมาได้ ความเครียดนั้น เป็นผลกระทบด้านลบ จากการดูแล จะทำให้ผู้ดูแล เสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะเครียด ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงขึ้นและมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และนำมาซึ่งการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (Keawcha-am, 2009)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

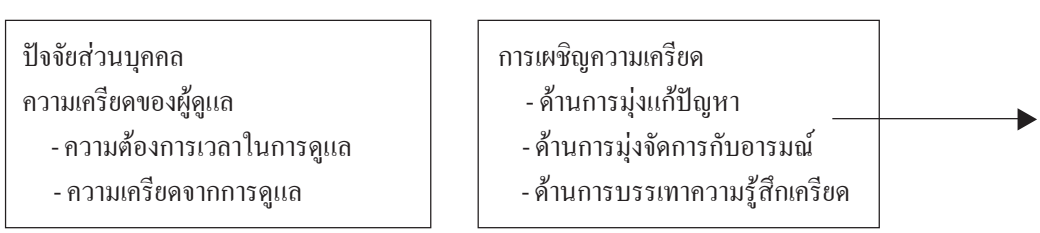
วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษา

1. ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด ความต้องการเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแลตามแนวคิดของ โอเบรส (Oberst, 1991) ซึ่งแบ่งความเครียดออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการเวลาในการดูแล และ 2) ด้านความเครียดจากการดูแล และการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Flokman, 1984) ซึ่งแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 2) ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง (Samutsakhon Provincial Public Health Office, 2017) จำนวน 197 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของทาราโรยามาเน่ (Yamane,1967) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 132.21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของกุปตาและคณะ (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur,2016) โดยคิดค่าโอกาสการสูญหายของข้อมูล (Dropout rate) ที่ร้อยละ 20 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 165 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 97.58

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวน7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่2แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ตามแนวคิดของโอเบรสแปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (Oberst, 1994, cited in Rattadilok Na Phuket, 2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการเวลาในการดูแล 14 ข้อ และ 2) ด้านความเครียดจากการดูแล 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 1-5 ระดับแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลด้านความต้องการเวลาในการดูแลและด้านความเครียดจากการดูแลมีคะแนนรวมเท่ากับ70 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 14-32 ระดับน้อย คะแนน 33-51 ระดับปานกลาง และ 52-70 ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลตามแนวคิดของจาโลวิช (Jalowiec,1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยจิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (Rattadilok Na Phuket, 2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 10 ข้อ 2) ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ 8 ข้อ และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า5 ระดับแบบประเมินการเผชิญความเครียดมีคะแนนรวมเท่ากับ 150 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบ่งออกเป็น 3ระดับได้แก่ คะแนน 1-2.30 ระดับต่ำ คะแนน 2.31-3.60ระดับปานกลาง และ 3.61-5.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลแบ่งเป็น 1) ด้านความต้องการเวลาในการดูแล และ 2) ด้านความเครียดจากการดูแล และแบบประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ทดสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) (Pilot & Beck, 2012) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ป่วยจิตเวช อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (De Vellis, 1991) ได้ผลดังนี้ 1) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลด้านความต้องการเวลาในการดูแล : CVI เท่ากับ 0.95, Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 2) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลด้านความเครียดจากการดูแล : CVI เท่ากับ 1.00, Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80 และ 3) แบบประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล: CVI เท่ากับ 0.88, Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียนและโรงพยาบาลสมุทรสาคร เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ถามข้อสงสัย และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 26 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ในการดูแลระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยใช้ค่าความถี่ (*f*- frequencies) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standarddeviation) วิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแล 1) ด้านความต้องการเวลาในการดูแล และ 2) ด้านความเครียดจากการดูแล โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการเผชิญปัญหาโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ สค. 0132/1419 ลงวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2563ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.9) ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.8) ฐานะทางเศรฐกิจตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายรับเพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 57.1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ด้านการดูแล (ร้อยละ 87.0)มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-60 เดือน (ร้อยละ 76.4) และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือสามี/ภรรยา (ร้อยละ37.9)

2. ความเครียดของผู้ดูแล

2.1 ความต้องการเวลาในการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.47, S.D. = 0.52) เวลาที่ใช้มากที่สุดคือ การให้กำลังใจปลอบใจ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.60, S.D. = 1.00) รองลงมาคือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.42, S.D. = 1.02)

2.2 ความเครียดจากการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$= 2.11, S.D. = 0.56) ความเครียดจากการดูแลมากที่สุด คือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.35, S.D. = 1.14) รองลงมาคือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเช่น อารมณ์ที่แปรปรวน การเอะอะโวยวายอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 2.65, S.D. = 1.32) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการเวลาในการดูแลและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (n = 161)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้			ความเครียด		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย (การฉีดยา ทำแผล ให้อาหารทางสายยาง ดูดเสมหะ ทำกายภาพ	2.58	0.99	ปานกลาง	2.33	1.19	ปานกลาง
2. ดูแลในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย (เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร)	2.92	1.26	ปานกลาง	2.34	1.18	ปานกลาง
3. การช่วยเหลือในเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พยุงผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียง/รถเข็น/พยุงเดิน	3.03	1.13	ปานกลาง	2.43	1.19	ปานกลาง
4. การให้กำลังใจปลอบใจ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	3.60	1.00	ปานกลาง	2.22	1.24	ต่ำ
5. การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร	3.42	1.02	ปานกลาง	3.35	1.14	ปานกลาง
6. การจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย	2.53	1.00	ปานกลาง	1.96	1.03	ต่ำ
7. การช่วยเหลือผู้ป่วยเขียน หรืออ่านหนังสือหรือโทรศัพท์	1.47	0.82	น้อย	1.31	0.64	ต่ำ
8. การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ (การทำพิธีกรรมทางศาสนาหรือขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิหรือสมาคมสงเคราะห์)	1.41	0.83	น้อย	1.37	0.74	ต่ำ
9. ติดต่อแพทย์/พยาบาลเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย	3.02	1.06	ปานกลาง	2.41	1.10	ปานกลาง
10. รับภาระค่ารักษาและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	2.44	1.21	ปานกลาง	2.42	1.29	ปานกลาง
11. การรับผิดชอบทำงานบ้านจากที่เคยทำ	2.35	1.20	ปานกลาง	1.57	0.95	ต่ำ
12. การรับภาระทำงานนอกเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว	1.58	1.03	น้อย	1.73	1.12	ต่ำ
13. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ที่แปรปรวน การเอะอะโวยวาย	2.52	1.14	ปานกลาง	2.65	1.32	ปานกลาง
14. การเตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและคนในครอบครัว	1.65	0.82	น้อย	1.48	0.85	ต่ำ
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.47	0.52	ปานกลาง	2.11	0.56	ต่ำ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการเวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.60) และส่วนใหญ่มีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 68.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความต้องการเวลาในการดูแลและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (n = 161)

คะแนน	ปริมาณเวลาที่ใช้			ความเครียด		
	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
14-32	62	38.5	น้อย	111	68.9	ต่ำ
33-51	96	59.6	ปานกลาง	47	29.2	ปานกลาง
52-70	3	1.9	มาก	3	1.9	มาก

3. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.38, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากที่สุดในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.80, S.D. = 0.43) รองลงมาคือด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.52, S.D. = 0.43) และกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$= 1.81, S.D. = 0.43) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (n = 161)

วิธีการเผชิญความเครียด	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	2.52	0.43	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	1.81	0.43	ต่ำ
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	2.80	0.43	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.38	0.43	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .350, P < .01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .376, P < .01 และ r = .269, P < .01 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (n = 161)

ความเครียดของญาติผู้ดูแล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
การเผชิญความเครียดโดยรวม	.350**	.000
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.142	.073
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.376**	.000
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.269**	.001
ปัจจัยส่วนบุคคล	-.032	.683

**($p < .01$)

อภิปรายผล

1. วิเคราะห์ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดโดยรวมเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 2.11, S.D. = 0.56) โดยกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.35, S.D. = 1.14) รองลงมา คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ที่แปรปรวน การเอะอะโวยวาย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.65, S.D. = 1.32) ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสังคมไทยมองว่าผู้หญิงเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีความอ่อนโยนและมีความพร้อมในการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่าเพศชาย (Bastawrous, 2013) อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (Thonghom, Kitrungrote, & Damkliang, 2019) การเป็นบุตร สามี ภรรยาและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี มีรายรับเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส (Davis,1992) ซึ่งพบว่า ฐานะเศรษฐกิจ รายได้ของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงิน มีโอกาสเกิดความเครียดสูง ซึ่งความเครียดเหล่านี้หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการควบคุมได้บ่อยครั้งผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกถูกคุกคามและอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ หรือซึมเศร้า ไม่พอใจ อันจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อบุคลิกภาพการแสดงออกของแต่ละบุคคล ครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิด และให้คำปรึกษาหารือได้จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด (Lapwongwatana, 2009) ปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ดีประกอบด้วย การเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสัมพันธภาพที่ดีของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนด้านรายได้และบุคคลอีกทั้ง การปรับตัวได้ดียังขึ้นกับความสามารถ กระบวนการคิด และประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลที่สนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี (Saengmanee, Arpanantikul & Sirapo-ngam, 2012)

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.52, S.D. = 0.43) โดยพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ใช้มากที่สุดได้แก่ พูดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.63, S.D. = 1.09) รองลงมาคือ ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.25, S.D. = 1.02) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ระบายความเครียดด้วยการออกแรงหรือออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ =1.52, S.D. = 0.90) รองลงมาคือ พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้นอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 2.01, S.D. = 0.99) อาจเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ด้านการดูแล และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-60 เดือน ทำให้ต้องมีการปรับตัว ทั้งทางด้านร่างกายรวมถึงจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงที่พบได้คือ พักผ่อนน้อย นอนไม่หลับ มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น รับประทานอาหารน้อยลง มีภาวะสุขภาพแย่ลงจากเดิม (Thathong, 2007; Srinim, 2007; Buengmum, 2009; Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004) และมีความวิตกกังวล เครียด และในการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ด้านการดูแล ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะใน 6 เดือนแรกของการดูแล เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแล (Buengmum, 2009) ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เมื่อมีความรู้และทักษะในการดูแลมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในแต่ละวันในการดูแลลดลง ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ความเครียดของญาติผู้ดูแลก็ลดลง (Yanyong & Patcharawiwatpong, 2003; Cannusio, Colditz, Rimm, Berkman,Jones, & Kawachi, 2004)

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.81, S.D. = 0.43) โดยพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ พยายามทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.84, S.D. = 1.11) รองลงมา คือ ใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบๆอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 2.09, S.D. = 1.15) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร (สูบบุหรี่ อมยาอม ใช้ยาดม) มากขึ้นหรือน้อยลงอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.17, S.D. = 0.60) รองลงมาคือโทษผู้อื่นว่าทำให้ต้องมารับภาระแบบนี้อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.22, S.D. = 0.72) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร สามี/ภรรยา วัยผู้ใหญ่และเป็นเพศหญิง ซึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในฐานะบุคคลใกล้ชิดที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องรับภาระและบทบาทมากขึ้น การมีภาระงานหลายอย่างร่วมกับบทบาทที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรวมถึงความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ และญาติผู้ดูแลเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองเพื่อให้มีความรู้สึกในทางบวกเพิ่มขึ้น หลังจากที่ประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ตึงเครียดนั้นได้ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเลือกใช้การปรับอารมณ์ความรู้สึกเพื่ออยู่กับสถานการณ์นั้นโดยพยายามทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Perez, Frias, Romero, & Casado , 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ (Yongpattanajit, MonKong, & Sutt, 2020) ศึกษาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ (1) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (2) พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม (3) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ (4) พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และ (5) หวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.80, SD = 0.43) โดยพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยอมรับในส่วนดีของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.33, SD = 0.86) รองลงมาคือเตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นไว้แล้วอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.10, SD = 1.03) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดที่ใช้น้อยที่สุด ได้แก่ เลิกคิดแก้ไขเพราะรู้สึกหมดหวังอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.25, SD = 0.68) รองลงมา คือ ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียดอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.27, SD = 0.84) การที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ด้านการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และต้องมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดความเครียดความกังวลใจขึ้นได้ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด จะประเมินว่ามีผลกระทบอย่างไร และจะแสวงหาวิธีจัดการกับความเครียดนั้น การประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ซึ่งมีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใด บุคคลสามารถประเมินออกมาใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การประเมินตัดสินว่ามีผลดีต่อตนเองโดยการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านบวก (Positive aspects) การประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด และการประเมินตัดสินว่าไม่มีความสำคัญหรือไม่มีผลกระทบกับสวัสดิภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) จากงานวิจัยญาติผู้ดูแลร้อยละ 73 เป็นบุตร นอกจากการประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแลและทำให้เกิดเป็นความเครียดแล้ว ยังมีญาติผู้ดูแลบางรายอาจจะประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวว่ามีผลดีกับตนเองโดยช่วยให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น (Aiadsuy, Wongvatunyu, & Chaiviboontham, 2017) เห็นได้จากการที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการบรรเทาความรู้สึกจัดการกับปัญหา โดยการยอมรับในส่วนดีของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงอยู่ในระดับสูง ดังนั้น พยาบาลควรช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นบวก โดยการให้ผู้ดูแลได้ค้นหาว่าการดูแลก่อให้เกิดประโยชน์อย่างไร และให้ผู้ดูแลรับรู้และทำความเข้าใจว่า การดูแลนั้นเป็นสิ่งที่สังคมให้การยกย่อง การได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยเป็นการได้รับรางวัล (Rewards of caregiving) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากบทบาทของผู้ดูแลลงได้ (Pearlin, Mullan, Semple, & Akaff, 1990)

นอกจากนี้ ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากที่สุด รองลงมาใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งจากทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้เสนอว่าในการเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อความเครียด บุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละเหตุการณ์หรือสถานการณ์ โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามสถานการณ์และการประเมินของตนเอง ซึ่งแต่ละวิธีที่ใช้จะมากน้อยแตกต่างกันซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษามีการใช้การเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดาวดี สายืน และคณะ (Sayuen et al., 2020) ได้ทำการศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดร้อยเอ็ด และณชนก เอียดสุย และคณะ (Aiadsuy, Wongvatunyu, & Chaiviboontham, 2017) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน คือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วนการบรรเทาความรู้สึกเครียด การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้มากที่สุดคือการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นจะแก้ปัญหาโดยตรงเกี่ยวกับโรคและการรักษา พยายามหาแนวทางในการแก้ปัญหาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้มีความสอดคล้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และการเผชิญ

ความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ศึกษาซึ่ง พบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด การเผชิญความเครียดด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหาและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สถานะเป็นบุตร สามี/ภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งสภาพสังคมไทยที่อยู่แบบครอบครัวและมีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยลง (Chuejedton & Tamdee, 2017) และมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจได้แสดงออกซึ่งความกตัญญู สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ เหมือนชู ภาวนา กีรติยุตวงศ์ และวริยา วชิราวัธน์ (Mueanchoo, Keeratiyutawong, & Wachirawut, 2016) ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน พบว่า ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือช่วยคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ถูกวิธี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วงค์อิรอยู่ รัชฎาพร ประสานเนตร และอภิญญา วงค์ชารี (Wonginyoo, Prasarnnate, & Wongcharee, 2019) ที่ศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นภรรยา รองลงมาคือ บุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วยมานาน นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยยังเป็นการดูแลบุคคลที่เป็นที่รัก และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมไทยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ดังนั้นผู้ดูแลจึงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการยอมรับในส่วนดีของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุดอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 4.33, S.D. = 0.86) และเตรียมใจยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นไว้แล้วอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.10, S.D. = 1.03) ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด รองลงมาคือ พยายามทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 3.84, S.D. = 1.11) ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ใช้ และพูดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 3.63, S.D. = 1.09) ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 2.11, S.D. = 0.56) ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ มั่นคง มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต อายุที่มากขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาและมีประสบการณ์ในการจัดการความเครียด จึงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียดมากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหา (Techakijkosol & Maitrimit, 2009) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดน้อยจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดของญาติผู้ดูแลและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .350, p < .01$) สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพรรณ ปิติมานะอารี (Pitimanaaree, 2007) และชนิดาวดี สายืนและคณะ (Sayuen et al., 2020) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดผสมผสานกันมากน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .376$, $p < .01$ และ $r = .269$, $p < .01$ ตามลำดับ) โดยที่ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = 142$, $p < .01$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษา เห็นว่าการพูดคุย ปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่มีญาติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การนำ ประสบการณ์ของตนเองหรือผู้อื่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือการหาวิธีการต่างๆ ที่จะนำมาให้การช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา ไม่จำเป็นที่จะต้องทำเมื่อรู้สึกเครียด แต่เป็นวิธีการที่ถูกต้องที่จะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเครียดสูงสุดในเรื่องของ การเฝ้าดูอาการและการเฝ้าระวังอุบัติเหตุในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียง การพยุงเดิน ตลอดจนการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ที่แปรปรวน การเอะอะโวยวาย เป็นต้น ดังนั้นการที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติตามบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และพยาบาลควรให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ เพื่อให้ญาติเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีภาวะเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน นอกจากนี้ พยาบาลต้องสร้างความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อญาติจะได้เตรียมพร้อมกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การป้องกันความเครียดและการปรับตัวที่เหมาะสม

2. ผลการวิจัยในเรื่องวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบวิเคราะห์ผลการวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นและเพื่อเป็นการยืนยันผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

Aiadsuy, N., Wongvatunyu, S., & Chaiviboontham, S. (2017). Stress and coping among family caregivers of the patients with brain tumor awaiting for cranial surgery. *Rama Nursing Journal, 19(3), 349-364.* [In Thai].

Bastawrous M. (2013). Caregiver burdena critical discussion. I*nternation Journal Nurse Study, 50*(3),431-41.

Buengmum, L. (2009). *Caregiver activities in providing care for patients with hemiplegia at home.* Master Thesis (Nursing), Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].

Cannusio, C. C., Colditz, G. A., Rimm, E. B., Berkman, L. F., Jones, C.P., & Kawachi, I.(2004). Employment status, social ties, and cargivers' mental health. *Social Science & Medicine, 58,* 1247-1255.

Chuejedton, R., & Tamdee, D. (2017). Factors related to quality of life among stroke survivors. *Journal of Associated Medical Sciences, 50*(3), 597-604. [In Thai].

Chunhaborde, A., Supanunt, T., Oupara, R., & Thongsai, S. (2013). Stress and needs of caregivers providing care for stroke patients at home. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 24*(1), 1-9 [In Thai].

Davis, M. (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annual review of neuroscience, 15*(1), 353-375.

Pilot, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: generating andassessing evidence for nursing practice. (9th ed). Philadelphia : A Wolters Kluwer Co.

DeVellis, R. (1991) *Scale development:* theory and development. Newbury park CA: Sage: 85.

Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2017). *Issues of world palsy day campaign materials, 2017.* Retrieved 5 October 2021 from http://www.thaincd.com/ document/ file/info/non communicable. [In Thai].

Division of Non-Communicable Diseases. (2021). *Annual report 2020.* Strategic Planning and Evaluation Group Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health: Graphic and design publishing house. [In Thai].

Gupta, K., Attri, JP., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials. *Saudi Journal Anaesth. 10*(3), 328-331.

International Health Policy Development Agency. (2019). *Report on the situation of NCDs: Kick off to the goals, 2nd year.* Bangkok: International Health Policy Development Agency. [In Thai].

International Health Policy Development Agency. (2015). *Loss of health years diability-adjusted life year: DALY report on disease and injury of the Thai population 2013.* Nonthaburi: The Graphico Systems Company. [In Thai].

Keawcha-am, R. (2009). Effects of preparation program on coping of caregivers of patients with traumatic brain injury. *Journal of Nursing Ministry of Public Health, 23*(1), 15-29. [In Thai].

Lapwongwatana, P. (2009). *Teaching documents on family health subjects in Public Health Units 1-7* (4th ed.). Nonthaburi: Nam Kang Printing. [In Thai].

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.*

Likert, R. (1976). *New patterns of management.* New York: McGraw-Hill.

Mueanchoo, S., Keeratiyutawong, P., & Wachirawut, W. (2016). Predictive factors in stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(1), 124-136. [In Thai].

Patsadu, P. (2013). *Family caregiver's stress, coping and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury.* Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Bangkok. [In Thai].

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Akaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of conceptsand their measures. *The Gerontologist, 30*(5), 583-594.

Perez, O. F., Frias, O. A., Romero, R. Y., & Casado, P. R. (2016). Coping strategies and anxiety incaregivers of palliative cancer patients. *Eur Journal Cancer Care, 25*(4), 600-607.

Pitimanaaree, S. (2007). *Predicted factors of quality of life in family caregivers of surgical on cologypatients.* Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Bangkok. [In Thai].

Rattadilok Na Phuket,J. (2006). *A Study of stress and stress coping strategy of stroke patients' kindred caregivers.* Master Thesis (Developmental Psychology), Srinakharinwirot University, Bangkok. [In Thai].

Samut sakhon Provincial Public Health Office. (2017). Mortality rates of stroke, 5th Health Service Area, Samut Sakhon Province Samut Sakhon Hospital, fiscal year 2017. Retrieved 5 October 2021from http://203.157.152.9/hdc/reports/report. [In Thai].

Saengmanee, S., Arpanantikul, M., Sirapo-ngam, Y. (2555). A case study: adaptation of a working caregiver to a stroke patient. *Rama Nursing Journal, 18*(1), 119-133. [In Thai].

Sayuen, C., Phengphol, N., Wannapuek, P., Sonthitham, K., Hasiri, N., Discharoen, K., ….& Chabtakhe, N. (2020). Stress and stress coping of patients with chronic illness in a community, Roi Et Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 23*(3), 67-76. [In Thai].

Srinim, N. (2007). *Coping experiences of caregivers who in provide care for stroke patientsat home.* Master Thesis (Nursing), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].

Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in home: the impact of social support on the general health of family c are givers. *Journal of Clinical Nursing, 13,* 816-824.

Techakijkosol, R., & Maitrimit, P. (2009). *Stress and coping in the rehabilitation stroke patient at Siriraj Hospital.* Independent Study (Science Social and Health Systems Management), Silpakorn University, Bangkok. [In Thai].

Thathong, C. (2007). *Relationship between coping behavior of caregivers and family adaptation with cerebrovascular disease.* Master Thesis (Nursing),Khonkean University, Khonkean. [In Thai].

Thonghom, M., Kitrungrote, L., & Damkliang, J. (2019). The relationships among severity of aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury, coping strategies, and caregiving burden of family caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 30*(1), 74-88. [In Thai].

Wonginyoo, A., Prasarnnate, R., & Wongcharee, A. (2019). The study of stress and burden of caregivers of stroke patients, Mueang, Udon Thani. *Nursing, Health, and Education Journal, 2*(1), 40-49. [In Thai].

Yamane, Taro. (1967). *Statistics, an introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

Yanyong, I., Patcharawiwatpong, P. (2003). Stress in the caregivers of stroke patients. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine, 13*(2), 63-69. [In Thai].

Yongpattanajit, S., MonKong, S., & Sutt, N. (2020). Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 35*(2), 116-131. [In Thai].