บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*
Factors Predicting Burden of Caregivers Caring for Stroke Patients

ประภาพร คำมุงคุณ** เบญญพร บรรณสาร***
Praphaporn Khammungkhun Benyaporn Bannaasan
จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส***
Jinpitcha Sathiyamas

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*A part of thesis, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing and Older Adult Nursing), Faculty of Nursing, Thammasat University

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing and Older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, 12120 Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

***Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, 12120 Thailand

Corresponding author, E-mail: Benyaporn@nurse.tu.ac.th

Received: May 31, 2024; Revised: July 24, 2024; Accepted: July 24, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามลักษณะเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 129 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79, .86, .89, .70 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.00 (Mean = 31.81, SD = 14.66) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 7.70 (R^2 = .077) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (β = -.278, p-value < .01) ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางสำหรับการส่งเสริมความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research aimed to examine the predictive factors that influence caregiver burden of caregivers among stroke patients. The sample group, selected with the purposive sampling method based on the inclusion criteria, were 129 caregivers of stroke patients aged 18 years and above who accompanied the patients to tertiary hospitals. The research tools included an information record form of the caregiver and patient, the Barthel index for activities of daily living, the Zarit burden interview, the social support scale, the test of caregivers' knowledge about stroke patient care, and the eHealth literacy scale for caregivers of stroke patients. The reliability values were .79, .86, .89, .70, and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the caregiver burden was moderate at 38.00% (Mean = 31.81, SD = 14.66). Knowledge about stroke patient care could predict the caregiver burden at 7.70% (R2 = .077) with a statistical significance of .01 (β = .278, p-value < .01). The findings of this study will be valuable in the development of guidelines for promoting knowledge and skills in stroke patient care in order to help reduce their burden of care.

Keywords: Caregiver burden, Stroke patient, Social support, Electronic health information literacy of the caregivers of stroke patients, Knowledge about stroke patient care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านรายทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 12.20 ล้านรายต่อปี พบผู้ป่วยอายุ 17 - 49 ปี ร้อยละ 16.00 และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6.70 ล้านคนต่อปี[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 156,429 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย[2] โดยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย พบได้กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง ซึ่งผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือ

ความพิการอยู่[3] โดยพบความพิการกว่า ร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วย[4] ทำให้ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน และการที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องใช้เวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ และเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล[5]

ภาระผู้ดูแล (caregiver burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก หรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[6] ตามแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลของ Zarit[7] มีโครงสร้าง 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคลจากที่ผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง 2) ความขัดแย้งในตนเอง ไม่มีความเป็นส่วนตัว 3) ความรู้สึกผิดกลัวดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี 4) ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มีความมั่นคงในอนาคตทั้งตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ต้องมีภาระด้านเศรษฐกิจ โดยทั่วไปผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการรับรู้ภาระการดูแลหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนขึ้นไป หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งการรับรู้ภาระของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวต่อการดูแลของแต่ละบุคคล[8] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งเกิดจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความพิการถาวรหลงเหลืออยู่ และเกิดภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องมีคนดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหากระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาระดับสูงมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระงานมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกภาระการดูแล[9] จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อภาระการดูแล[9-10] ส่วนการศึกษาในประเทศเวียดนามของ Ngoc and Hsu[11] พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (r = -.472, p-value < .001) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[12] ที่พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล (p-value > .05) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจนว่าสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยในการลดความรู้สึกเป็นภาระ ลดความวิตกกังวล ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดี[13] จากการศึกษาของ Tosun and Temel[14] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (r = -.512, p-value < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์[15] แต่มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Akosile และคณะ[16] เป็นการศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ หลากหลายการศึกษา โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท ซึ่งอาจจะมีผลต่อการศึกษา ทั้งนี้ ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่ อย่างไร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากไม่มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายถึงชีวิต[17] จากการศึกษาปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระการดูแลในประเทศเวียดนามของ Hanh และคณะ[18] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระการดูแล (r = -.31, p-value = .01) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระ

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ชัดเจนว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่ อย่างไร

ปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขระบบออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟน เพื่อการเผยแพร่ หรือให้บริการข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน[19] การศึกษาปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน พบว่า การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ชัดเจนว่า ปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่ อย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรม มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ยังมีบางปัจจัยที่มีความไม่ชัดเจน บางปัจจัยมีการศึกษาจำนวนน้อย และ มีความแตกต่างด้านบริบท จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

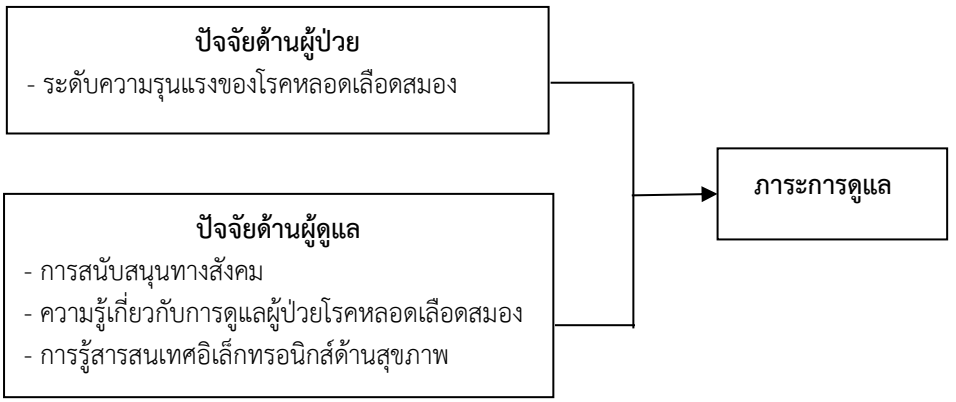
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาระการดูแลของ Zarit[7] ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล โดยภาระการดูแลเป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่รับผิดชอบ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง Zarit[7] ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น แบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย การศึกษานี้ได้ศึกษาระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และ 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล มีการศึกษาทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยทั้งสามข้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแล รายละเอียด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ที่มีหน่วยบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรงพยาบาลสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 5 แห่ง สุ่มเลือกรายชื่อโรงพยาบาลแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ด้วยอัตราส่วน 1:2 จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากร

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพาระดับสูง (Barthel index scale คะแนนต่ำกว่า 9 คะแนน) 2) เป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เดือน 3) มีความสัมพันธ์เป็นบุคคลใกล้ชิด และไม่ได้รับค่าตอบแทน 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถอ่าน พูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ กรณีที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินภาวการณ์รู้คิด (mini-cog) และมีผลการประเมินมากกว่า 3 คะแนน

การวิจัยในครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ แอลฟา α .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพล เท่ากับ .075 เป็นค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ระหว่างขนาดอิทธิพลขนาดเล็กและขนาดกลาง (small effect size = .02, medium effect size = .15) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ[21] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 129 ราย หลังจากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากร แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 27 ราย สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 61 ราย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 17 ราย และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 24 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วนคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินภาระการดูแลสร้างขึ้นโดย Zarit[22] แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ[23] มีจำนวน 22 ข้อ แบบสอบถาม มี 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 ให้เลือกตอบ โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน ดังนี้ เป็นประจำ ได้ 4 คะแนน บ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน บางครั้ง ได้ 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน แบบสอบถามนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย Schaefer และคณะ[24] นำมาแปล และดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล[25] และได้มีการดัดแปลงโดย บุญมาศ จันศิริมงคล[26] ผู้วิจัยใช้ฉบับของ บุญมาศ จันศิริมงคล แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการ และ 3) ด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ โดยคะแนน 0 - 4 คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย 1 คะแนน คือ ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย 2 คะแนน คือ ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง 3 คะแนน คือ ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และ 4 คะแนน คือ ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย ทศพร แสงศรีจันทร์[27] มีจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีค่า KR-20 เท่ากับ .70

5. การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย Norman and Skinner[28] แปลเป็นภาษาไทยโดย จุไรรัตน์ ดวงจันทร์[29] ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลง มีจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) การรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (traditional literacy) 2) การรู้สารสนเทศ (information literacy) 3) การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (scientific literacy) 4) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) 5) การรู้สื่อคอมพิวเตอร์ (computer literacy) และ 6) การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (health literacy) คำถามมีลักษณะเป็นแบบ Likert scale เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้ 1 คือ ความรู้ ความสามารถระดับน้อยที่สุด 2 คือ ความรู้ความสามารถระดับน้อย 3 คือ ความรู้ความสามารถระดับปานกลาง 4 คือ ความรู้ ความสามารถระดับมาก และ 5 คือ ความรู้ความสามารถระดับมากที่สุด ได้มีการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

6. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสมอง พัฒนาโดย Mahoney and Barthel[30] แปล และดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[31] แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมจาก 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น - ลงเตียง หรือลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 66NU049 สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 66056 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 16/66 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เลขที่ 137/66 E และโรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่ LH661049 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เตรียมความพร้อมและวางแผนการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า โดยชี้แจงถึงข้อมูลโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการกรอกแบบสอบถามแบบละเอียด พร้อมชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ป่วย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการกรอกแบบสอบถามประมาณ 45 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับภาระการดูแลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

ผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.20 อายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 35.70 (Mean = 53.33, SD = 12.54) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.20 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.10 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 33.30 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 26.40 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.70 ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.20 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยา ร้อยละ 32.60 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 48.80 และคิดเป็น 15 - 20 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 45.00 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.50 นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 54.30 อายุระหว่าง 70 - 80 ปี ร้อยละ 76.00 (Mean = 69.08, SD = 13.50) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.10 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 30.20 โรคประจำตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 34.75 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 70.50 เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมามากกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.50 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			**เพศ**		
1. ชาย	41	31.50	1.ชาย	59	45.70
2. หญิง	88	68.50	2.หญิง	70	54.30
อายุ (Mean = 53.33, SD = 12.54)			**อายุ** (Mean = 69.08, SD = 13.50)		
1. 18 - 30 ปี	6	4.70	1. ต่ำกว่า 30 ปี	1	.80
2. 31 - 40 ปี	15	11.60	2. 30 - 40 ปี	3	2.30
3. 41 - 50 ปี	26	20.20	3. 41 - 50 ปี	7	5.40
4. 51 - 60 ปี	46	35.70	4. 51 - 60 ปี	20	15.50
5. มากกว่า 60 ปี	36	27.90	5. มากกว่า 60 ปี	98	76.00
สถานภาพ			**สถานภาพ**		
1. โสด	36	27.90	1. โสด	14	9.50
2. สมรส	84	65.10	2. สมรส	69	55.00
3. หย่า/หม้าย	9	7.00	3. หย่า/หม้าย	46	35.50
นับถือศาสนา			**นับถือศาสนา**		
1. พุทธ	119	92.20	1. พุทธ	120	93.00
2. คริสต์	2	1.60	2. คริสต์	3	2.30
3. อิสลาม	8	6.20	3. อิสลาม	6	4.70
อาชีพ			**อาชีพ**		
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	30.20	1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	28.70
2. รับจ้าง	38	29.50	2. รับจ้าง	39	30.20
3. เกษตรกรรม ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	37	28.70	3.เกษตรกรรม ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	39	30.20
4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	11.60	4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	10.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			**ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย**		
1. ต่ำกว่า 5,000 บาท	22	17.10	1. ไม่มีโรคประจำตัว	11	8.52
2. 5,001 - 10,000 บาท	26	20.20	2. มีโรคประจำตัว	118	91.47
3. 10,001 - 15,000 บาท	20	15.50	3. ความดันโลหิตสูง (HT)	41	34.75
4. 15,001 - 20,000 บาท	13	10.10	4. เบาหวาน (DM)	16	13.56
5. 20,001 - 25,000 บาท	14	10.90	5. ไขมันในเลือดสูง (DLP)	22	18.64
6. มากกว่า 25,000 บาท	34	26.40	6. DM/ HT/DLP	39	33.05

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้			**ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง**		
1. รายได้เพียงพอเหลือเก็บ	34	26.40	1. ชนิดตีบ/ตัน	91	70.50
2. รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ	59	45.70	2. ชนิดแตก	34	26.40
3. รายได้ไม่เพียงพอ	36	27.90	3. ทั้งชนิดตีบ และชนิดแตก	4	3.10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			**ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง**		
1. ภรรยา	42	32.60	1. ต่ำกว่า 3 เดือน	29	22.50
2. สามี	10	7.80	2. 3 - 6 เดือน	16	12.40
3. บุตรสาว	37	28.70	3. 7 - 12 เดือน	24	18.60
4. บุตรชาย/บุตรสะใภ้	19	14.70	4. มากกว่า 1 ปี	60	46.50
5. พี่น้อง/หลาน	16	12.40			
6. บิดา/มารดา	5	3.90			
ประวัติโรคประจำตัวของผู้ดูแล					
1. ไม่มีโรคประจำตัว	69	53.50	-		
2. มีโรคประจำตัว	60	46.50			
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (เดือน)					
1. ต่ำกว่า 3 เดือน	28	21.70			
2. 3 - 6 เดือน	16	12.40	-		
3. 7 - 12 เดือน	22	17.10			
4. มากกว่า 1 ปี	63	48.80			
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง/วัน)					
1. ต่ำกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน	42	32.50	-		
2. 10 - 15 ชั่วโมงต่อวัน	29	22.50			
3. 15 - 20 ชั่วโมงต่อวัน	58	45.00			

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 38.00 ภาระการดูแล ระดับมาก ร้อยละ 31.80 (Mean = 31.81, SD = 14.66) และภาระการดูแล ระดับน้อย ร้อยละ 27.10

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับภาระการดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.278$, p-value $< .001$) และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($r = -.149$, p-value $< .05$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำทั้งสองปัจจัย รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรุนแรงของโรค	1.000				
2. การสนับสนุนทางสังคม	.025	1.000			
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-.084	.054	1.000		
4. การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	-.011	.102	-.038	1.000	
5. ภาระการดูแล	-.113	-.10	-.278**	-.149*	1.000

*p-value < .05, **p-value < .001

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงตัวแปรเดียว คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 7.70 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนสมการทำนาย ได้ดังนี้

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = -.278 (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) กล่าวคือ ถ้าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง .278 คะแนน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	-1.824	.564	-.278	-3.266	.001*

R = .278, R^2 = .077, Adjusted R^2 = .070, F = 10.664, *p-value < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาระการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 38.00 มากที่สุด รองลงมาคือ ภาระการดูแลมาก ร้อยละ 31.80 และค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล เท่ากับ 31.81 (SD = 11.66) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเจ็บป่วยรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก และเป็นวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.00 ทำให้เกิดภาวะพึ่งพามากมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้เกิดผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล บางรายต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแล จึงส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ[32] ที่พบว่า ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อีกทั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 15 - 20 ชั่วโมงต่อวัน ถึงร้อยละ 45.00 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาสูงทำให้มีกิจกรรมที่ดูแลมีความซับซ้อน เช่น การอาบน้ำ ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัว ดูดเสมหะ และทำแผล ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 42.70 ทำให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากทำให้เกิดความเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ และคณะ[10] พบว่า เวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อภาระการดูแล เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของ Badaru และคณะ[33] ซึ่งศึกษาภาระการดูแลในประเทศอินเดีย พบว่า การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน มีผลต่อภาระการดูแล และจากผลการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ได้ว่า การดูแลผู้ป่วยหลายชั่วโมงติดต่อกัน และระยะเวลาหลายเดือนมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล พยาบาลจึงควรแนะนำให้ผู้ดูแลแบ่งเวลาพักผ่อน หรือให้ญาติที่ใกล้ชิดผลัดกันดูแล เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำทายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคีหลอดเลือดสมองในระดับมาก ร้อยละ 47.30 (Mean = 10.97, SD = 2.21) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดูแลผู้ป่วยมามากกว่า 1 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 46.50 ทำให้ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะแรกผู้ดูแลจะให้ความสนใจในเรื่องการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วย ระยะถัดมาเป็นการสนใจเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง[34] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความซับซ้อน รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือกลับเป็นซ้ำได้ เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทักษะการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน และการป้องการกลับเป็นซ้ำที่จะเกิดขึ้น รวมถึงสามารถตัดสินใจได้เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวียดนามของ Hanh และคณะ[18] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก ร้อยละ 63.20 อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจาก อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเหมือนกัน คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาระดับสูง (Barthel index scale 5 - 8 คะแนน) และภาวะพึ่งพาระดับสูงมาก (Barthel index scale 0 - 4 คะแนน) ซึ่งทำให้คะแนนภาระการดูแลไม่แตกต่างกันในสองกลุ่ม ทำให้ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ[12] พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล (p-value > .05)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 68.20 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพ โสด หม้าย และหย่าร้าง ถึงร้อยละ 34.00 และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว[35] มีการดำเนินชีวิตมีลักษณะแบบต่างคนต่างอยู่ พึ่งพาตนเองมากที่สุด มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์วิกฤตในชีวิต เพื่อความอยู่รอดของชีวิต และการปรับสมดุลทางด้านร่างกาย และจิตใจ บรรเทาความคับข้องใจ[36] นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมากถึง ร้อยละ 92.20

อาจทำให้มีความเชื่อเกี่ยวกับคำสอนในด้านการพึ่งพาตนเอง การจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต และมีการพัฒนาศักยภาพที่จะดูแลตนเองได้ดี[37] ทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ แต่พยาบาลควรมีบทบาทที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ขณะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ และการช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อลดภาระการดูแล

การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.70 (Mean = 23.87, SD = 7.90) และพบว่า การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.149) ถือว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จึงไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากพบกลุ่มตัวอย่าง อายุ 50 - 60 ปี ร้อยละ 35.70 มากที่สุด รองลงมาคือ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 27.90 โดยวัยผู้สูงอายุนี้มีความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลด้วยการใช้แอปพลิเคชันติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน ๆ หรือบุตรหลาน มากที่สุด ลำดับต่อมา คือ การค้นหาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เกี่ยวกับข่าวการเมือง สถานการณ์บ้านเมือง[38] และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.60 ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน พบว่า การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01[20] เนื่องจากปัจจุบันประชาชนใช้สมาร์ตโฟนเป็นจำนวนมาก แต่ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 52.70 พยาบาลควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสืบค้นข้อมูล และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงสามารถใช้ประโยชน์จากการใช้อินเทอร์เน็ต และแหล่งสารสนเทศจากเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับสอนนักศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยชี้ให้เห็นประเด็นความสำคัญของภาระการดูแลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งอาจสามารถร่วมทำนายภาระการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรพัฒนาการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านทางแอปพลิเคชัน เนื่องจากปัจจุบันประชาชนมีการใช้งานโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือสมาร์ตโฟนเป็นจำนวนมาก ผู้ดูแลสามารถศึกษา อ่านหรือดูซ้ำ ๆ ได้ด้วยตนเอง

จนเข้าใจ และภายในแอปพลิเคชันสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ หรือศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อลดภาระการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 2]. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. Department of Disease Control. World stroke day campaign 2566 (2023). 2023 [cited 2024 Apr 2]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=14894&deptcode=dncd (in Thai)
3. Mungtaweephongsa S. Cerebrovacular and critical care neurogy. 3rd ed. Bangkok: Thammasat printing house; 2022. (in Thai)
4. Katan M, Luft A. Global burden of stroke. Seminars in Neurology 2018;38(2):208-11. doi: 10.1055/s-0038-1649503.
5. Kumar A, Yadav AK, Singh VK, Pathak A, Chaurasia RN, Mishra VN, et al. Caregiver burden in caregivers of stroke survivors: a hospital-based study. Annals of Indian Academy of Neurology 2022;25(6):1092-8. doi: 10.4103/aian.aian_318_22.
6. Jullamate P. Nursing care for older adult with stroke. Chiang Mai: Wanida Printing; 2022. (in Thai)
7. Zarit SH. Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. Handbook of Clinical Neurology 2008;89:101-6. doi: 10.1016/S0072-9752(07)01209-2.
8. Hansda U, Tripathy S, Sahoo AK, Panda I, Shetty AP, Mitra JK, et al. Home care of tracheostomized chronically critically Ill patients: a study of caregivers' burden and comparison with the burden of palliative care patients in India. Indian Journal of Critical Care Medicine 2022;26(5):579-83. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24151.
9. Mamom J, Daovisan H. Listening to caregivers' voices: the informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022;19(1):567. doi: 10.3390/ijerph19010567.
10. Boonsin S, Deenan A, Wacharasin C. Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2021;25(1):102-13. (in Thai)
11. Ngoc PT, Hsu SC. Caregivers of stroke survivors: factors associated with caregiver burden. International Journal of Caring Sciences 2021;2(14):825-36.
12. Wijitraphan T. Prevalence and risk factors of caregiver burnout in stroke patient's caregiver. Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health 2016;6(1):56-62. (in Thai)
13. Inphen Y, Chaiard J, Khampolsiri T. The effect of social support program on adaptation of stroke caregivers. Nursing Journal CMU 2021;48(1):41-53. (in Thai)

14. Tosun ZK, Temel M. Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: an assessment through home visits. International Journal of Caring Sciences 2017;10(3):1696-704.
15. Jullamate P, Pipatwanitcha N, Udonsat S. Related to burden among male caregiver of elderly with stroke [Dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
16. Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. Health and Quality of Life Outcomes 2018;16(1):1-7. doi: 10.1186/s12955-018-0885-z.
17. Piyahiran J. A call for knowledge and skills of caregivers for stroke patients during the covid-19 pandemic. Journal of Public Health Nursing 2020;34(3):152-63. (in Thai)
18. Hanh PT, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(3):45-62. (in Thai)
19. Ministry of Public Health. eHealth strategy Ministry of Public Health (2017-2026). 2017 [cited 2024 Apr 2]. https://ict.moph.go.th/upload_file/files/eHealth_Strategy_THAI_16NOV17.pdf (in Thai)
20. Wang K, Gao X, Sun F, Bishop NJ. eHealth literacy and caregiver burden among Chinese caregivers of older adults with cognitive impairment: does education matter?. Journal of Applied Gerontology 2021;40(12):1837-45. doi: 10.1177/0733464820957151.
21. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculators using G* power software. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
22. Zarit SH. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center; 1990.
23. Toonsiri C, Sansern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. Journal of Nursing and Education 2011;4(1):62-75. (in Thai)
24. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine 1981;4(4):381-406.
25. Hanucharurnkul S. Social support, selfcare, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand [Dissertation]. United States: Wayne State University; 1988.
26. Chansirimongkol B. Stress, coping, social support and quality of lift of family caregivers of persons with cancer receiving radiotherapy [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)
27. Sangseechan T. Provision of information and skill training to caregivers for reducing anxiety in stroke patients care at Banphaeo hospital [Dissertation]. Bangkok: Silpakorn University; 2014. (in Thai)
28. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. Journal of Medical Internet Research 2006;8(4):e507. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27.

29. Duangchan C, Kheokao J, Chamnansua P, Meebunmak Y, Howharn C, Chumchai P, et al. Factors predicting eHealth literacy of nursing students in nursing colleges under jurisdiction of Praboromarajchanok institute. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017;11(1):235-48. (in Thai)
30. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. Maryland State Medical Journal 1965;14:61-5.
31. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age and Ageing 1994;23(2):97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
32. Junsiri P. Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai hospital. Mahasaraknam Hospital Journal 2021;18(2):72-80. (in Thai)
33. Badaru UM, Ahmad BF, Lawal IU, Usman OO. Influence of duration of caregiving on the burden and quality of life of informal caregivers of stroke survivors. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy 2019;13(3):171 doi: 10.5958/0973-5674.2019.00114.X.
34. Pongsuwan C. Qualitative study on how caregivers of stroke patients in southern Thailand manage their own self-care and the care for their family in the long-term. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2022;9(1):213-27. (in Thai)
35. Family Institute Promotion Division. Thai family situation [Internet] 2022 [cited 2024 Apr 2]. Available from: https://opendata.nesdc.go.th/mk/dataset/thai-family-situation-2565 (in Thai)
36. Boonim D. The method good adaptation according path buddhism. Journal of Education 2018;29(2):12-23. (in Thai)
37. Phumngam T, Charuchinda V. Turning suffering into happiness with the path of buddhism. Journal of Buddhist Psychology 2022;7(1):20-7. (in Thai)
38. Suwannathen S, Kinboon N, Tirakoat S, Hiruncharoenvate C, Ssripasuda L. State and problem of digital technology usage of elderly in Meuang district, Khonkhan province. Journal of Graduate School 2019;16(7):235-45. (in Thai)