ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

Factors Influencing the Preparedness of Family Caregivers among First-time Ischemic Stroke Patients

ภัทราภรณ์ บุญโรจน์* ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส** วิภา วิเสโส***

Phattharaporn Bunroj,* Chutima Chantamit-O-Pas,** Wipa Wiseso***

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

, * คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

, * Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** Corresponding Author: kpchutima@buu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 ราย ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ และแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 (SD = 4.20) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง ปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ถึงร้อยละ 41 (R^2 = .41, $p < .001$) โดยปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด (β = -.30, $p < .001$) รองลงมา คือ ตัวแปรความวิตกกังวล (β = -.28, $p < .001$) และตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต (β = .27, $p < .001$) ตามลำดับ

Received: March 8, 2024; Revised: March 31, 2024; Accepted: April 1, 2024

ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับความไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิตที่จะเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการเปลี่ยนผ่านบทบาทของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, การเตรียมความพร้อม ญาติผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

Abstract

This predictive research aimed to study factors influencing the preparedness of family caregiver among first-time ischemic stroke patients. The influencing factors included uncertainty, experience, educational level, social support, anxiety and resilience. The sample was consisted of caregivers who cared first-time ischemic stroke patients at the inpatient department of 4 hospitals in Chonburi. The sample composed of 161 patients collected through purposive sampling technique. The research tools consisted of personal information of family caregivers' questionnaire, personal information of patients with first-time ischemic stroke questionnaire, caregiver preparedness scale (CPS), Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members (MUIS-FM), Social support, The five-item short forms of STAI (STAIS-5) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC10). Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The research results found that most of the participants had a mean preparedness score of 16.70 (SD = 4.20), with most of them receiving a moderate level of preparation. Uncertainty, anxiety, and resilience were able to predict the preparedness of caregivers among first-time ischemic stroke patients, together explaining 41% variance of preparedness (R^2 = .41, $p < .001$). The uncertainty factor was the most influential predictive variable (β = -.30, $p < .001$), followed by anxiety (β = -.28, $p < .001$), and resilience (β = .27, $p < .001$).

The results of this research shown that nurses should assist caregivers who prepare to care for patients to deal with uncertainty, anxiety, and resilience that occurs during the transition process.

Keywords: factors influencing, preparedness, family caregivers, first-time ischemic stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (Cerebrovascular Diseases: CVD) เป็นสาเหตุสำคัญของการตายเป็นอันดับที่ 2 และเป็นสาเหตุของความพิการทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลก[1] จากข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 - 2019 พบว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 12.2 ล้านคน โดยมีความชุกของความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 102 คนต่อแสนประชากร[1] ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่า มีอุบัติการณ์อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในระหว่างปี 2560 - 2562 จาก 467.46 เป็น 543 คนต่อแสนประชากร และมีอัตราผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 354.26

เป็น 428.78 คนต่อแสนประชากร[2] จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในส่วนของอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565 ของประเทศไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ[3] พบว่าเขตสุขภาพที่ 6 เป็นเขตสุขภาพภาคตะวันออกมีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศไทย และจังหวัดชลบุรีมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับที่ 2 ของภาคตะวันออก คิดเป็น 58.03 คนต่อแสนประชากร จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพหลงเหลืออยู่

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 87 ของผู้ป่วยทั้งหมด[4] โดยผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเข้าถึงการรักษาด้วยยา rt-PA มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 5.77 - 8.04[5] จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รอดชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผลกระทบด้านร่างกายทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลสูงถึงร้อยละ 68 - 74[6] ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 83.8[7] มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ร้อยละ 5 ในช่วง 5 วันแรก และร้อยละ 84 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน[8] ทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ รายได้โดยรวมของครอบครัวลดน้อยลง[9] ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะต้องพึ่งพาผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับบ้านจำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เป็นภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างไม่ทันตั้งตัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเกิดการเปลี่ยนผ่านบทบาทเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล การใช้ทฤษฎีในการเปลี่ยนผ่าน Meleis และคณะ[10] จึงมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวเปลี่ยนผ่านบทบาทได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่พร้อมหรือไม่รับรู้ว่าได้รับการเตรียมความพร้อม[11,12,13] การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทได้ ส่งผลกระทบทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยมีผลกระทบด้านร่างกายทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างมีอิสระ มีความกังวลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนของผู้ป่วย ทำให้มีความใส่ใจในการดูแลตนเองลดลง[14] ทำให้มีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง รู้สึกว่าไม่มีกำลังในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 23.4 รู้สึกเหนื่อยร้อยละ 22.5[15] และไม่มีเวลาพักผ่อนร้อยละ 29.1[15] ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์จากการเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย[14] ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 40 - 60[16] รวมทั้งทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง[17,18] ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับมาเป็นโรคซ้ำ หรือทำให้ต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ[19] และมีผลด้านสังคมและเศรษฐกิจการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยยาวนานและเรื้อรัง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ายา ค่าเดินทางในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เป็นต้น[14] ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น[11,20] จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมมีผลต่อทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยหากได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อม

เกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเตรียมความพร้อม (Preparedness) ของญาติผู้ดูแล คือ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในการได้รับการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมด้านความต้องการดูแลทางร่างกาย ด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ด้านระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล ด้านการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลโดยรวม[21] จากการศึกษาของ Pucciarelli และคณะ[22] พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับน้อย[11,13,22]

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้ทฤษฎีในการเปลี่ยนผ่าน Meleis และคณะ[10] พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล โดยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีอิทธิพลทำให้การเตรียมความพร้อมลดลง (β = -0.32, $p < .001$)[20] ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (β =.46, $p < .001$)[23] สอดคล้องกับการศึกษาของ Dionne-Odom และคณะ[24] ที่พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (β = .46, $p < .001$) รวมทั้งพบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (β = 0.19, $p < .001$)[20] และระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (β = 0.41, $p < .001$)[20] สำหรับสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีอิทธิพลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล (β = .27, $p < .001$)[25] และการศึกษาของ อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ[26] ที่พบว่าความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (β = - .43, $p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง[20,22] และมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลในต่างประเทศ ตลอดจนบางปัจจัยเป็นการศึกษาความพร้อม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตลอดจนปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งการเตรียมความพร้อมถือเป็นการให้การพยาบาลที่สำคัญที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านจากสมาชิกในครอบครัวสู่บทบาทญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้น้อยจากระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

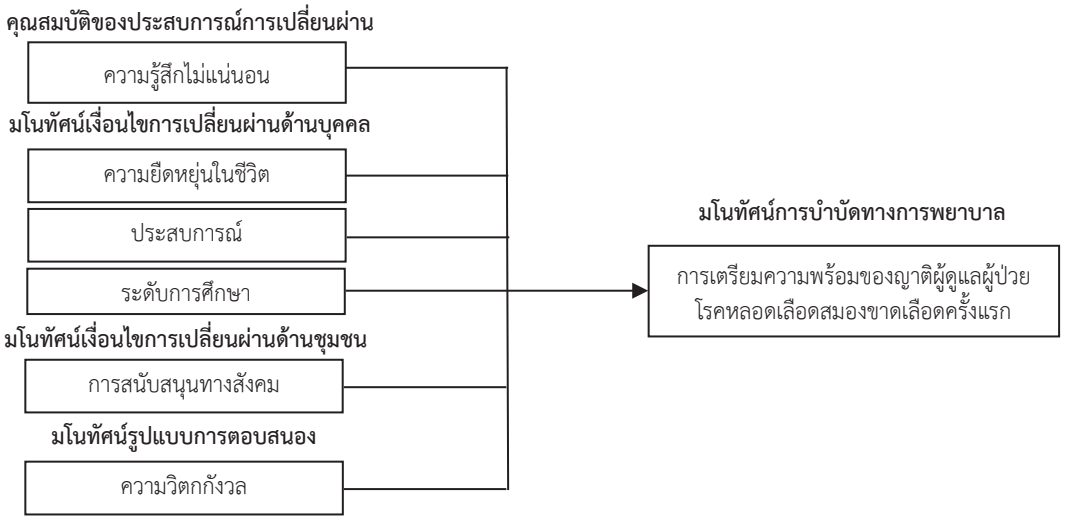
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Meleis และคณะ[10] มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก โดย Meleis และคณะ[10] ให้ความหมายการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการเคลื่อนผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) มโนทัศน์ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) 2) มโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) 3) มโนทัศน์รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) 4) มโนทัศน์การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) ซึ่งการเตรียมความพร้อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านที่ดีได้ การเตรียมความพร้อมถือเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญในบทบาทของพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกมีการเปลี่ยนผ่านตามรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยครั้งนี้ถือเป็นจุดเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤติสำหรับครอบครัว เนื่องจากต้องมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน มีการรักษาที่ซับซ้อน และต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาท เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านของบทบาท โดยมีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ และระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งมีตัวบ่งชี้กระบวนการที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของญาติผู้ดูแลว่าเกิดการเตรียมความพร้อมได้มากน้อยเพียงใด โดยหากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้จะไม่เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรี ที่มีระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบคลอบคลุม สามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลของภาครัฐในจังหวัดชลบุรีตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไปที่ให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยยา rt-PA ทั้งหมด 7 โรงพยาบาลโดยวิธีการสุ่มเลือก 50% ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. คุณสมบัติของญาติผู้ดูแล มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคัดกรองจากแบบประเมิน Six–Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000) โดยมีคะแนน ≤ 7 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีสภาวะทางจิตบกพร่องประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม

2. คุณสมบัติของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยในที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป (NISSH Score > 5 คะแนน) และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ช่วยตนเองไม่ได้ไปจนถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง (Barthel Index of Activities of Daily Living ≤ 70 คะแนน) โดยคัดกรองจากเวชระเบียน

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นที่ต้องย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายหลังว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple regression กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15[27] กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (α = .05) กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 จำนวนตัวแปรต้นในการทำนาย 6 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[28] โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้จากการคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในปี พ.ศ. 2565 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 161 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (มี/ไม่มี) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาระหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลอื่นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการได้รับข้อมูลหรือฝึกการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความพร้อม (Preparedness scale) พัฒนาขึ้นโดย Stewart & Archbold[21] แปลเป็นไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[29] ได้รับการอนุญาตให้ดัดแปลงฉบับภาษาไทยให้เกณฑ์การประเมินผลตรงกับฉบับภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 โดยมีคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Likert Scale 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 0 - 4 (คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม จนถึง 4 ได้รับการเตรียมความพร้อมมากที่สุด) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลมาก ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลน้อย และการแปลผลรายด้านในแต่ละด้านจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ในการแปลผลให้ใช้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านนั้นมาก ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านนั้นน้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้วิจัยได้รับอนุญาตดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่สร้างโดย Mishel[30] แปลเป็นภาษาโดย รัชนก ทรงทรัพย์[31] โดยปรับบริบทจากการสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยเป็นการสอบถามในญาติผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ เป็น Likert Scale 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 5 โดยข้อคำถามเชิงบวก มีการให้คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลจากคะแนนรวมทั้งฉบับและในแต่ละด้าน หากค่าคะแนนเฉลี่ยมีคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมาก และค่าคะแนนเฉลี่ยมีคะแนนน้อย แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยน้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ภรภัทร อิ่มโอฐ และคณะ[32] ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 มีข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 สอบถามการได้รับมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 5 (คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 5 มากที่สุด) การแปลผลคะแนนรวมและรายข้อใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ในการแบ่งระดับ 3 ระดับโดย 1.00 - 2.33 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย 2.34 - 3.67 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง 3.68 - 5.00 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และตอนที่ 2 ได้รับจากใครซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ ผู้วิจัยขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคแปลย้อนกลับจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAIS-5) ซึ่งเป็นแบบสอบถามส่วนที่หนึ่ง

ของ The five-item short forms of STAI โดย Zsido และคณะ[33] พัฒนามาจากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ≥ 0.90 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็น Rating scale 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 4 (คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึง 4 มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 20 คะแนน โดยหากมีคะแนน ≥ 10 หมายถึง มีความวิตกกังวล

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต (Connor–Davidson Resilience Scale: CD-RISC) พัฒนาโดย Connor & Davidson[34] แปลเป็นภาษาไทยโดย นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ[35] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็น Likert Scale 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 5 (คะแนน 0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่จริงทั้งหมด จนถึง 4 ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าจริงเกือบตลอดเวลา) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน การแปลผลโดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนมาก แสดงว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความยืดหยุ่นในชีวิตมาก ส่วนคะแนนน้อย แสดงว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความยืดหยุ่นในชีวิตน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลและแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมประสาท พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95, 0.95, 0.94, 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ และความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง 161 คน เท่ากับ 0.92, 0.83, 0.90, 0.77, 0.75 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากทั้ง 4 แห่งแล้ว ผู้วิจัยติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญ ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้อธิบายข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม โดยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสาร

รับรองเลขที่ IRB3-055/2566 เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2566 หลังจากนั้นนำเสนอและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เอกสารรับรองเลขที่ COE No.026/2566 เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2566 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ รหัสโครงการวิจัย: COB Rec 66-022/2566 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการเตรียมความพร้อม ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ความยืดหยุ่นในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ด้วยพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลในการวิเคราะห์ประสบการณ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ระดับการศึกษา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และยืดหยุ่นของชีวิต

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัย ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จากผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 มีอายุเฉลี่ย 44.76 ปี (SD = 9.55) เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในช่วงอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 70.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 52.8 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานประจำ ร้อยละ 34.8 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 68.9 โดยญาติผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 47.8 ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน ร้อยละ 85.1 โดยมีจำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 2.32 ชั่วโมง

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนมากญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.3 โดยที่มีโรคประจำตัว 1 โรคมากที่สุด ร้อยละ 88.9 ซึ่งพบว่าส่วนมากมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.1 ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 72.8 โดยมีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน ร้อยละ 73.3 และญาติผู้ดูแลร้อยละ 98.1 ไม่มีภาระหน้าที่ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระหว่างการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน ร้อยละ 96.9 ในจำนวนนี้ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากที่สุดที่ระยะเวลา 1 - 2 วัน ร้อยละ 73

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรตาม การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนได้รับ

การเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 (SD = 4.20) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่า มีการเตรียมความพร้อมค่อนไปทางน้อยสามด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการด้านอารมณ์ (Mean = 1.68, SD = 0.74) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (Mean = 1.70, SD = 0.74) และด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ (Mean = 1.46, SD = 0.67) ส่วนการเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น และด้านการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก จำแนกตามรายด้าน (n = 161)

การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลรายด้าน	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้	Mean	SD
ความต้องการด้านร่างกาย	0 - 4	0 - 4	2.52	0.60
ความต้องการด้านอารมณ์	0 - 4	0 - 4	1.68	0.74
การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล	0 - 4	1 - 4	2.14	0.65
การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล	0 - 4	0 - 4	1.70	0.74
การดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ	0 - 4	0 - 4	1.46	0.67
การจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย	0 - 4	1 - 4	2.39	0.69
การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น	0 - 4	1 - 4	2.42	0.60
การดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม	0 - 4	1 - 4	2.39	0.54
รวม	**0 - 32**	**0 - 32**	**16.70**	**4.20**

2.2 จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยค่อนไปทางน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน เท่ากับ 67.22 (SD = 6.68) จากคะแนนเต็ม 165 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ ด้านการขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรง และด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีความรู้สึกไม่แน่นอนค่อนไปทางน้อย

2.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 66.54 (SD = 7.03) เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า มีสองด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล (Mean = 3.85, SD = 0.38) และด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Mean = 3.77, SD = 0.55) สำหรับด้านการประเมิน (Mean = 3.51, SD = 0.46) และด้านอารมณ์ (Mean = 3.59, SD = 0.57) อยู่ในระดับปานกลาง

2.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.8 ไม่มีความวิตกกังวล (Mean = 8.90, SD = 1.77) อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.2 มีความวิตกกังวล

2.5 ความยืดหยุ่นในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความยืดหยุ่นในชีวิตค่อนไปทางมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นในชีวิต เท่ากับ 28.84 (SD = 2.89)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p < .001$) ความยืดหยุ่นในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .481$, $p < .001$) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.470$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .340$, $p < .001$) ส่วนประสบการณ์และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ดังตารางที่ 2 - 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่าง ประสบการณ์ ระดับการศึกษา ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161)

ตัวแปร	การเตรียมความพร้อม	p-value
1. ประสบการณ์	$r_{pbi} = .109$	.169
2. ระดับการศึกษา	$r_{sp} = .033$	.679

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้สึกไม่แน่นอน	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	.340**	1			
3. ความวิตกกังวล	-.470**	-.323**	1		
4. ความยืดหยุ่นในชีวิต	.481**	.381**	.048**	1	
5. การเตรียมความพร้อม	-.494**	.340**	-.470**	.481**	1

** $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก พบว่า ตัวแปรทำนาย คือ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนสามตัวแปร โดยที่ตัวแปรทั้งสามตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เป็นตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ < .001 ซึ่งพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = -.30$, $p < .001$) รองลงมาคือ ตัวแปรความวิตกกังวล ($\beta = -.28$, $p < .001$) และตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต ($\beta = .27$, $p < .001$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทำนายทั้งสามตัว สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ถึงร้อยละ 41 ($R^2 = .41$, $p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
ความรู้สึกไม่แน่นอน	-.77	.18	-.30	-4.332	< .001
ความวิตกกังวล	-.42	.10	-.28	-4.182	< .001
ความยืดหยุ่นในชีวิต	.48	.13	.27	3.84	< .001
Constant	3.01	.62		4.84	< .001

$R = .63$, $R^2 = .41$, adjusted $R^2 = .40$, $F_{3,157} = 14.751$, sig of $F < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ได้ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ในช่วงอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ซึ่งถือเป็นวัยที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน ทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว จัดหาทรัพยากร สนับสนุนค่าใช้จ่าย ตลอดจนต้องประกอบอาชีพไปพร้อมกัน โดยที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานประจำและมีอาชีพค้าขาย ซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงาน และใช้เวลานอกเหนือจากการทำงานมาเตรียมความพร้อมในการดูแลและเตรียมรับบทบาทญาติผู้ดูแล ทำให้มีเวลามาเตรียมความพร้อมได้ไม่เต็มที่ ดังจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลเพียงวันละ 1 - 2 ชั่วโมง รวมทั้งข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง 4 โรงพยาบาล จะมีการกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นวันละ 2 รอบ โดย 1 รอบใช้เวลาเข้าเยี่ยมได้ 1 - 2 ชั่วโมง ช่วงกลางวัน และช่วงเย็น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางคนไม่สะดวกเข้าเยี่ยมและฝึกดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เปิดให้เข้าเยี่ยมได้ทั้ง 2 รอบ ต้องรอการนัดมาเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1 - 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาในการเรียนรู้จึงมีน้อยลง ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเป็นการเจ็บป่วยแบบกะทันหัน การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้าน โดยที่ญาติผู้ดูแลบางคนอาจจะไม่สะดวกต่อการมาเรียนรู้ในการเตรียมความพร้อม จึงส่งผลให้การเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์[36], Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi[23], Liu และคณะ[20] ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนมากได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ผลการศึกษาของทั้ง 3 งานวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและประกอบอาชีพ ทำให้ต้องจัดสรรเวลาเพื่อมาเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการลางานบ่อยขึ้น ซึ่งส่งผลให้ได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาในครั้งนี้

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด (β = -.30, $p < .001$)

โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านค่อนไปทางน้อย อภิปรายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 - 4 วัน รวมทั้งยังพบว่ามีญาติผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วยและเคยได้รับการอบรมจากหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งรายด้านและโดยรวมค่อนไปทางน้อย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ[10] เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งแรก ถือเป็นจุดวิกฤติและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล โดยในช่วงเปลี่ยนผ่าน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกไม่มั่นคง โดยที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยประสบมาก่อน ซึ่งจากการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแล ร้อยละ 85 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง ทำให้การเจ็บป่วยในครั้งนี้ของผู้ป่วยถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกถึงความไม่พร้อมในการเปลี่ยนผ่าน มีผลให้การเข้ามารับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยลดลง ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับที่สูงจะมีผลทำให้การเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนค่อนไปทางน้อย และทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการเปลี่ยนผ่านสำหรับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ[20], Ni และคณะ[37] ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทำให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับน้อยและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อยู่ในวัยทำงาน และมีหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้ต้องหาความสมดุลระหว่างการทำงาน การดำเนินชีวิต และการจัดสรรเวลาเพื่อมาเตรียมความพร้อมในการรับบทบาทญาติผู้ดูแล รวมทั้งการหารายได้เพื่อมาดูแลครอบครัวและผู้ป่วย ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ตลอดจนมีรายได้เหลือเก็บ ถึงร้อยละ 98.1 แต่ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถหลงเหลือความพิการและต้องมีภาวะพึ่งพา ซึ่งทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายตามมาโดยเฉพาะในการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง และผู้ป่วย 1 ใน 3 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนถึงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความพิการหลงเหลือ ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลบางคนหากจะต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือต้องลางานบ่อยๆ เพื่อมาดูแลผู้ป่วยก็จะมีผลทำให้มีรายได้ลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านการทำงาน การเงิน ทำให้มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hebdon และคณะ[25] ที่พบว่า ความท้าทายทางการเงินและการหยุดชะงักในการทำงานประจำวันของญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความวิตกกังวล และเมื่อมีความวิตกกังวลมากก็จะทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้

สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน Meleis และคณะ[10] ซึ่งความวิตกกังวลเป็นตัวบ่งชี้กระบวนการการพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของญาติผู้ดูแลหากญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ โดยความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลลดลง เมื่อพยาบาลประเมิน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล จึงควรมีการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและประเมินซ้ำก่อนการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างราบรื่น

ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .27, $p < .001$) อภิปรายได้ว่า ความยืดหยุ่นเป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้นๆ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นในชีวิตค่อนไปทางมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โดยญาติผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งการมีสถานภาพสมรสมีความรับผิดชอบหลายอย่าง ทำให้มีความอดทน มีการปรับตัวในการดูแลครอบครัว นอกจากนี้ยังมีความใกล้ชิด ความผูกพันเนื่องจากเป็นคู่สมรส ทำให้มีความรัก เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงและมีผลทำให้มีการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง และยังพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนมากได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากที่สุดที่ระยะเวลา 1 - 2 วัน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยืดหยุ่นสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi[23] ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว มีความสัมพันธ์เป็นญาติและคู่สมรส โดยส่วนมากได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วย ทำให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงและมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (β = .46, $p < .001$) ดังนั้นความยืดหยุ่นในชีวิตทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้มากขึ้น และช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน Meleis และคณะ[10] ซึ่งความยืดหยุ่นในชีวิตเป็นปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล โดยเป็นศักยภาพหรือความสามารถส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ปัญหาและอุปสรรคในชีวิตที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถทั้งในด้านทักษะและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ได้แก่ ตัวแปรประสบการณ์ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ประสบการณ์ อภิปรายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน แต่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาล ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในครั้งนี้ เพราะญาติผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมความพร้อมใหม่เหมือนกันทั้งหมด ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อม

ระดับการศึกษา อภิปรายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทำให้ญาติผู้ดูแลแต่ละคนไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล ทำให้ต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งในส่วนของเรื่องโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันออกไป ญาติผู้ดูแลทุกคนจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยใหม่เหมือนกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi[23] และ Shyu และคณะ[38] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยทักษะ ความรู้เรื่องโรค และความสามารถที่ไม่ได้สอนในบริบทการศึกษาที่เป็นทางการ และผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน และส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งในบริบทของสังคมไทย การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนครั้งแรกยิ่งเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังจะเห็นว่ามีการสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก รวมทั้งการได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 - 2 วัน ทำให้มีการสนับสนุนด้านข้อมูลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้การที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงและเพียงพอเหมือนๆ กัน จึงไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลทำให้ไม่มีความสามารถในการทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล ควรเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะควรมีการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในด้านการดูแลตนเอง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยและยังไม่ครอบคลุมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียดจากการดูแล เกิดความพึงพอใจในการดูแล และการเข้าใจด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจอารมณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยและเกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิต ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพจิตใจและสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับการเตรียมความพร้อมได้ดีมากขึ้น สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้โดยไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2. พยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน เพื่อให้การพยาบาลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากหากญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านต่างๆ ในระดับปานกลางถึงสูงจะมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมทำให้การเตรียมความพร้อมลดลง รวมทั้งควรมีการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลทั้งก่อนการเตรียมความพร้อมและประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลในการลดความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างราบรื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม และศึกษาผลของโปรแกรมในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยเฉพาะเพิ่มเติมในส่วนของการดูแลตนเองของญาติ การส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิต การลดความรู้สึกไม่แน่นอน และการลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet Neurol 2021;20(10):795-820.
2. Department of Disease Control. Number and rate of inpatients in 2016-2018 (hypertension, diabetes, coronary artery disease, cerebrovascular disease, COPD) per 100,000 people (including all disease diagnoses) classified by province. Health service area and country overview (including Bangkok). [Internet]. [cited 2023 May 09]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-02. (in Thai).
3. Department of Disease Control. Group reporting standards for illnesses with important non-communicable diseases emergence rate of cerebrovascular disease, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/format_1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=b717285d1ebab38e6cf30ca2846317cd. (in Thai).
4. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics-2022 update: a report from the american heart association. Circulation 2022;145(8):e153-e639.
5. Thiamkao S. Stroke situation. Thai Journal of Neurology 2020;22(4):54-60. (in Thai).
6. Hesamzadeh A, Dalvandi A, Maddah SB, Khoshknab MF, Ahmadi F, Arfa NM. Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: a qualitative research in the Iranian context. Scand J Caring Sci 2017;31(3):515-26.
7. Tongtem N, Puwarawuttipanit W, Koositamongkol S. Factors predicting activities of daily living among patients with stroke. Nurs Sci J Thail 2022;40(3):76-89. (in Thai).
8. Hamid GM, MacKenzie MA. CE: Early intervention in patients with poststroke depression. Am J Nurs 2017;117(7):32-40.
9. Pittayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal 2018;11(2):26-39. (in Thai)

10. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci 2000;23(1):12-28.
11. Camicia M, Lutz BJ, Harvath T, Kim KK, Drake C, Joseph JG. Development of an instrument to assess stroke caregivers' readiness for the transition home. Top Stroke Rehabil 2020;45(5):287-98.
12. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D. Exploring the shared experiences of people with stroke and caregivers in preparedness to manage post-discharge care: a hermeneutic study. J Adv Nurs 2022;78(9):2983-99
13. Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny JN, et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. Gerontologist 2017;57(5):880-9.
14. Udonsat S, Chananin Y, Bundasak T. Nursing care for empowerment of family caregivers of elderly with stroke. Royal Thai Navy Medical Journal 2021;48(2):58-72. (in Thai).
15. Jiru-Hillmann S, Gabriel KMA, Schuler M, Wiedmann S, Muhler J, Dotter K, et al. Experiences of family caregivers 3-months after stroke: results of the prospective trans-regional network for stroke intervention with telemedicine registry (TRANSIT-Stroke). BMC Geriatrics 2022;22(1):228.
16. Mou H, Wong MS, Chien WT. Effectiveness of dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and family caregivers on functional and psychosocial health: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2021;120:103969.
17. Blanton S, Clark PC, Cotsonis G, Dunbar SB. Factors associated with depressive symptoms of carepartners of stroke survivors after discharge from rehabilitation therapy. Top Stroke Rehabil 2020;27(8):590-60.
18. Camicia M, Lutz BJ, Theodore BR. The preparedness assessment for the transition home after stroke predicts key domains of caregiver health. Top Stroke Rehabil 2023;30(4):384-92.
19. Kilkenny MF, Dalli LL, Kim J, Sundararajan V, Andrew NE, Dewey HM, et al. Factors associated with 90-day readmission after stroke or transient ischemic attack: linked data from the australian stroke clinical registry. Stroke 2020;51(2):571-78.
20. Liu J, Liu Q, Huang Y, Wang W, He G, Zeng Y. Effects of personal characteristics, disease uncertainty and knowledge on family caregivers' preparedness of stroke survivors: a cross-sectional study. Nurs Health Sci 2020;22(4):892-902.
21. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health 1990;13(6):375-84.
22. Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the caregiver preparedness scale in caregivers of stroke survivors. Heart Lung 2014;43(6):555-60.
23. Gutierrez-Baena B, Romero-Grimaldi C. Predictive model for the preparedness level of the family caregiver. Int J Nurs Pract 2022;28(3):e13057.

24. Dionne-Odom JN, Azuero A, Taylor RA, Wells RD, Hendricks BA, Bechthold AC, et al. Resilience, preparedness, and distress among family caregivers of patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2021;29(11):6913-20.
25. Hebdon MCT, Xu J, Reblin M, Clayton MF, Mooney K, Ellington L. Balancing work and hospice caregiving- a closer look at burden, preparedness, and mental health. J Pain Symptom Manage 2022;63(2):283-92.
26. Boonchuwong O, Saneha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. Nurs Sci J Thail 2017;35(3):46-57. (in Thai).
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
28. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
29. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory. [Dissertation, School of Nursing]. Oregon Health & Science University; 2002.
30. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image J Nurs Sch 1990;22(4):256-62.
31. Songsab R. Relationships between perceived severity of illness, social support, credible authority, and uncertainty among family members of brain injury patients undergoing brain surgery. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2011. (in Thai).
32. Imoth P, Nimit-anan N, Kasom S, Hemathorn J. Factors influencing home care behavior of relatives caring for stroke patients. Christian University Journal 2009;15(2):130-41. (in Thai).
33. Zsido AN, Teleki SA, Csokasi K, Rozsa S, Bandi SA. Development of the short version of the spielberger state-trait anxiety inventory. Psychiatry research 2020;291:113223.
34. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression Anxiety 2003;18(2):76-82.
35. Vongsirimas N, Thanoi W, Yobas PK. Evaluating psychometric properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among university students in Thailand. Nurs Sci J Thail 2017;35(3):25-35. (in Thai).
36. Piriyajaratchai N, Sasat S. Factors predicting the readiness of caregivers to care for dependent elderly people during the transition from hospital to home. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(Suppl December):231-40. (in Thai).
37. Ni C, Peng J, Wei Y, Hua Y, Ren X, Su X, et al. Uncertainty of acute stroke patients: a cross-sectional descriptive and correlational study. J Neurosci Nurs 2018;50(4):238-43.
38. Shyu YI, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. J Clin Nurs 2008;17(18):2497-508.