

ปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร
Factors Predicting Stress on Family Caregivers of Stroke Survivors
in Selected Community

Corresponding author E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th
(Received: January 1, 2019; Revised: September 15, 2019;
Accepted: September 17, 2019)

นพรัตน์ สวานปาน (Nopparat Suanpan)¹
แสงทอง ชีระทองคำ (Sangthong Terathongkum)²
สมนึก สกุนหงส์โสภณ (Somnuk Sakunhongsophon)³

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนพื้นฐานแนวคิดระบบนิเวศวิทยา กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถูกเลือกแบบการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 99 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.48, p < .01; r = -.37, p < .01; r = -.25, p < .05$ ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้เท่ากับร้อยละ 27.4 ($R^2 \text{ adj} = .26, F = 5.35$) สมการถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ Z ความเครียดในญาติผู้ดูแล = -0.44 การรับรู้สมรรถนะตนเอง + 0.21 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรจัดโปรแกรมที่เพิ่มสมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ความเครียด, ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1 พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงเรียนรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University

E-mail: nopparat.sua@gmail.com

2 รองศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงเรียนรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

RN., PhD. Associate professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University

E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงเรียนรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

RN., PhD. Assistant professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University

E-mail : somnuk.sak@mahidol.ac.th

ABSTRACT

This predicting correlational study aims at examining factors predicting stress on family caregivers of stroke survivors based on the Ecological System Theory. The study utilized a stratified random sampling and recruited 99 family caregivers of stroke patients following the inclusion criteria. Data were collected using questionnaires, including the demographic data questionnaire of family caregivers and stroke patients, self-efficacy questionnaire, Barthel Index of Daily Live Activities, questionnaire of relationships among patients, family caregivers and family, social support questionnaire, caregiver stress questionnaire and illness beliefs questionnaire. All data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The result showed that duration of care was significantly positively correlated with stress of family caregivers ($r = .30, p < .05$); self-efficacy, relationships among patients, family caregivers and families, and illness beliefs were significantly negatively correlated with stress of family caregiver ($r = -.48, p < .01$; $r = -.374, p < .01$; $r = -.25, p < .05$, respectively). Care duration and self-efficacy could significantly predict stress of family caregivers ($p < .05$), equally 27.4 percent ($R^2_{adj} = .26, F = 5.35$) using the prediction formula for standardized regression equation: $Z_{\text{stress of family caregivers}} = -.44_{\text{self-efficacy}} + .21_{\text{care duration}}$. Findings suggest that an enhancement self-efficacy program be provided for family caregivers at home resulting in decreased stress for caring stroke survivors.

Keywords: Stress, Family Caregivers, Stroke Survivors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประชากรช่วงอายุ 15-59 ปี โดยแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.7 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2014) เช่นเดียวกับประเทศไทยพบการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 31.70 ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 43.54 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 และพบอัตราความชุกโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2554 เท่ากับ 330.60 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 425.24 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558 (Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2017) แม้ว่าจะรอดชีวิตแต่ มักหลงเหลือความพิการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทสมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลที่เข้ามารับ

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องปรับเปลี่ยนบทบาท บางรายต้องออกจากงานทำให้รายได้ลดลงแต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น กิจกรรมทางสังคมลดลง (Pesantes, Brandt, Ipince & Diez-Canseco, 2016) บางรายมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และไม่ได้ไปตรวจตามนัด (Thuencyang, 2011) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระและเกิดความเครียดที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ จากการพัฒนาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบการศึกษาโปรแกรมทางการแพทย์เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแลจำนวนมาก ผลการศึกษาพบว่า ช่วยพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระดับดี แต่ช่วยลดความเครียดในระดับต่ำ (Donnelly, Hickey, Burns, Murphy & Doyle, 2015) จึงน่าจะมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ควรศึกษาให้ครอบคลุม

การประยุกต์แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) (Bronfenbrenner, 2005) ช่วยอธิบายปัจจัยซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์แบบซับซ้อนระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับชุมชนและสังคม ระดับวัฒนธรรมและระดับมิติเวลา จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในระดับบุคคลโดยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่อายุมากจะมีความเครียดในระดับต่ำ เพศหญิงมีความเครียดจากการดูแลมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องจากถูกคาดหวังจากคนรอบด้าน ทำให้เพิ่มแรงกดดันในการดูแลผู้ป่วย (Kim, 2017; Salini, Conjeevaram & Munisusmitha,

2017) ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 67.50 ซึ่งไม่มีผลต่อความเครียด (Prombut, Piaseu & Sakulhongsophon, 2014) ในทำนองเดียวกันการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Prombut et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในระดับต่ำ (Gbir, Olawale & Isaac, 2015; Junpanit, Lawang & Toonsiri, 2018; Kim, 2017) หรือผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ (Aphasia) สื่อสารลำบากส่งผลให้ความเครียดเพิ่มขึ้นในญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Salini et al., 2017) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นญาติผู้ดูแล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thuencyang, 2011) และมีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งจากญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sakunhongsophon, Sirapo-ngam, Tripp-Reimer & Junda, 2011)

ในทำนองเดียวกันรายได้ครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gray & Thapsuwan, 2014) เช่นเดียวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวมีผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีจะมีผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มขึ้น (Prombut et al., 2014) รวมทั้งหากผู้ป่วยมีภาวะฟุ้งฟิงที่สูงญาติผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะทำให้เกิดความเครียดสูง ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการเสริมพลังทางจิตวิญญาณแก่

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญ พบว่า ทำให้ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Numdokmai, Wacharasin & Deoisres, 2016) แต่ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8-16 ชั่วโมงต่อวัน (Junpanit et al., 2018; Gbiri et al., 2015; Kim, 2017) และดูแลเป็นระยะเวลานานกว่า 5 ปี หรือมากถึง 10 ปี อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนจำกัด โดยพบว่าอายุ ภาวะซึมเศร้า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแล ระยะเวลาดูแล (Kim, 2017) การรับรู้สมรรถนะตนเอง (Junpanit et al., 2018; Kim, 2017) สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ภาระการดูแล (Junpanit et al., 2018) สามารถร่วมกันทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จังหวัดอุตรดิตถ์พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 2 และจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,633 ราย ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 1,795 ราย ในปี 2559 (Health Data Center: HDC, 2018) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีปัญหาการ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและเครือข่าย ทั้งนี้พื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในเขตรอยต่อแห่ง

วัฒนธรรมล้านนา ล้านช้างและภาคกลาง เป็นผลให้ลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ภาษาถิ่น ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณี มีลักษณะแบบผสมผสาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขยายปัจจัยทำนายให้ครอบคลุม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ที่อาจมีผลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางการวางแผนพยาบาลเพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแล ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งต่อญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

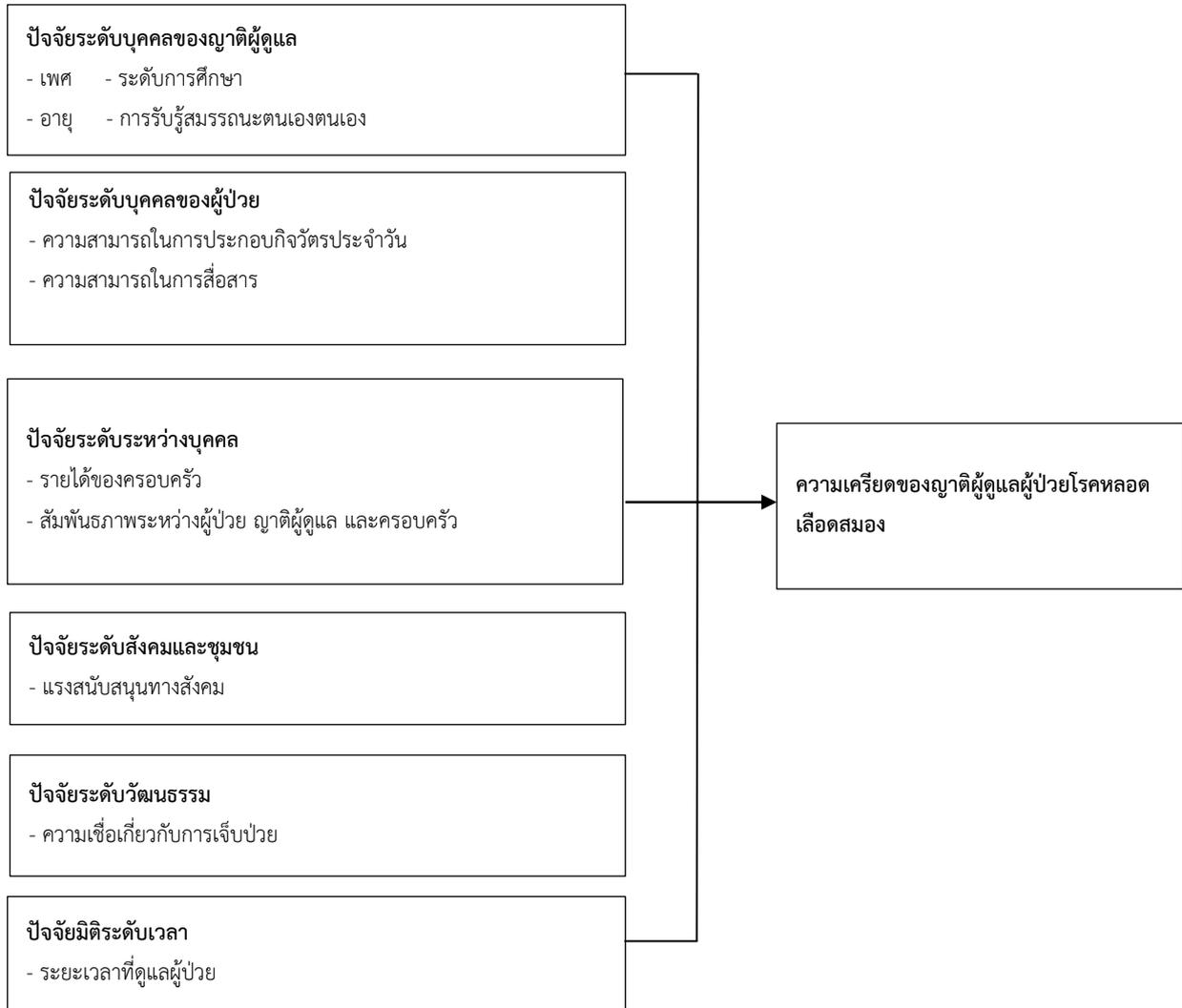
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรม และปัจจัยระดับมิติเวลาของญาติผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดของการศึกษา



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับ การอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ID 08-60-19 ย) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งดำเนินการวิจัย โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และ รายละเอียดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ

ดูแล ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลจะเป็นความลับและผล การศึกษาจะเสนอเป็นภาพรวม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัด อุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2560 เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ในตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ถ้าอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีคะแนนภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป 2) ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป 3) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการลงนาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power Analysis (Mayr, Erdfelder, Buchner & Faul, 2007) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่น้อยที่สุด เท่ากับ .22 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) มีตัวแปรทำนายจำนวน 11 ตัว แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อทดแทนในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 104 คน ซึ่งได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ 5 แห่งจาก 21 แห่งของอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ และสุ่มอย่างง่ายเลือกตัวอย่างตามสัดส่วนจนได้ครบจำนวน 104 คน

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายได้ของครอบครัว บุคคลที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก และภาระค่าใช้จ่าย

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความสามารถในการสื่อสาร การดำเนินของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ปัญหาภาวะอารมณ์ และปัญหาพฤติกรรม

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง พัฒนาโดย วิไล สุรสาคร (Surasakhon, 2006) ตามกรอบแนวคิดของ Bandura ในปี ค.ศ. 1997 จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่มั่นใจ” ให้ 1 คะแนน จนถึง “มั่นใจมาก” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 4-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูง

4) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สร้างโดย Collin and colleague ในปี ค.ศ. 1988 แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ

กิจกรรมที่ประเมิน คะแนนที่เป็นไปได้ 0-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามารถช่วยตนเองได้ในระดับดี

5) แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว สร้างโดย Crandall ในปี ค.ศ. 1980 แปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย จำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ “ไม่เคยเลย” ให้ 1 คะแนน จนถึง “ประจำ” ให้ 5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 18-90 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวสูง

6) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย Schaefer and colleague ในปี ค.ศ. 1981 แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือ ด้านสิ่งของและการให้บริการ และด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมถึงการได้รับการช่วยเหลือจาก 3 กลุ่ม คือ สมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร) บุคคลใกล้ชิด (เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมแบบสอบถามในส่วนของการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น ได้แก่ สังคมออนไลน์ หรือองค์กรอิสระ แบบสอบถามมีจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้เลย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 0-72 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

7) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล สร้างโดย Zarit ในปี ค.ศ. 1990 แปลและดัดแปลง

โดย ศรีรัตน์ คุ่มสิน (Khumsin, 2003) มีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “เป็นประจำ” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 0-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดสูง

8) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สร้างโดย อุ๋นเรื่อน ศรอากาศ, วรรณิ เดียววิศเรศ และจินตนา วัชรสินธุ์ (Somarkas, Deoisres & Wacharasin, 2010) ตามแนวคิดความเชื่อการเจ็บป่วยของ Wright & Bell ในปี ค.ศ. 2009 มีจำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นแบบ Rating Scale มี 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยมาก” ให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 8-32 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน หาค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าอยู่ในช่วง .90 - 1 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

เท่ากับ .86 , .97, .88, .92, .92 และ .96 ตามลำดับ และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .94, .86, .89, .93 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID 08-60-19 ย) และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ม่อนดินแดง รพ.สต.วังกะพี้ รพ.สต.บ้านเกาะ รพ.สต.ป่าเช่า และ รพ.สต.คิ่งตะเกา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ทางวิชาการจะเป็นภาพรวมและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน โดยไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (Information bias) ใช้เวลา 40 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความเครียดของญาติผู้ดูแล สำหรับการทดสอบสมมติฐานปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) และใช้เทคนิคการคัดเลือกตัวแปรแบบ Stepwise ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบลักษณะข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ 1) ตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบ Nominal scale หรือ Ordinal scale ได้กำหนดเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ที่มีค่า 0 กับ 1 ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล 2) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test 3) ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตรวจสอบโดยการทำ Scatter plot 4) ทดสอบความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (Autocorrelation) 5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) 6) วิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรความเครียดในญาติผู้ดูแล สำหรับทุกค่าของผลรวมของตัวแปรอิสระ ซึ่งต้องเท่ากัน (homoscedasticity)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 104 คน แต่

เนื่องจากพบข้อมูลที่มีความโด่งผิดปกติ (outlier) ของตัวอย่างจำนวน 5 คน จึงตัดออก เหลือกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 99 คน ผลการศึกษาดังตารางที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติบรรยาย (n=99)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	71	71.72
ชาย	28	28.28
อายุ (ปี) M = 55.60 ปี SD = 12.46 Range = 22 - 80 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.03
ประถมศึกษา	70	70.71
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	12.12
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	9.09
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	5.05
สถานภาพสมรส		
สมรส/คู่	78	78.79
โสด	11	11.11
หม้าย/หย่า/แยก	10	10.10
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน M = 7,619.19 บาท SD = 5,470.02 บาท Range=1,200-25,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	68	68.69
เป็นหนี้	30	30.30
เหลือเก็บ	1	1.01
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	52	52.53
บุตรชาย/บุตรสาว	34	34.34
ญาติ/พี่น้อง	7	7.07
บุตรเขย/บุตรสะใภ้	4	4.04
บิดา/มารดา	2	2.02
โรคประจำตัว		
ไม่มี	60	60.61
มี	39	39.39
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย M = 65.36 เดือน SD = 55.54 Range = 2-246 เดือน		
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย M=17.40 ชั่วโมง/วัน SD = 7.45 Range = 6-24 ชั่วโมง/วัน		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	83	83.84
มี	16	16.16
ผู้ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1)		
อสม.	72	72.72
บุตร	62	62.62
ญาติ	53	53.54

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
บุคลากรทางการแพทย์ (พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข)	41	41.41
กลุ่มองค์กรรัฐและเอกชน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล)	30	30.30
เพื่อนบ้าน	13	13.13
คู่ครอง	11	11.11
เพื่อนสนิทหรือบุคคลสำคัญ	5	5.05
บิดา/มารดา	2	2.02
ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก		
ดูแลเพียงคนเดียว	43	43.43
ดูแลกัน 2 คน	44	44.45
แบ่งหน้าที่กันดูแล	12	12.12
ภาระค่าใช้จ่าย		
ออกค่าใช้จ่ายเองคนเดียว	40	40.40
ช่วยกันออกค่าใช้จ่าย	40	40.40
แบ่งกันจ่ายอย่างชัดเจน (เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะไป พบแพทย์ ค่าของ ใช้ จำเป็น)	19	19.20

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติบรรยาย (n=99)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	68.69
หญิง	31	31.31
อายุ (ปี) เฉลี่ย 68.32 ปี SD = 11.15 Range 41-93 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.02
ประถมศึกษา	84	84.85
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	4.04
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	5.05
ปริญญาตรี	4	4.04
บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	67	67.68
สมาชิกในครอบครัว	32	32.32
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
เกษตรกร	45	45.46
รับจ้าง	29	29.29
ค้าขาย	9	9.09
แม่บ้าน/ว่างงาน	9	9.09
รับราชการ	7	7.07
สถานภาพสมรส		
สมรส/คู่	67	67.68
หม้าย/หย่า/แยก	21	21.21

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โสด	11	11.11
ศาสนา		
พุทธ	99	100.00
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เฉลี่ย 67.21 เดือน SD = 56.16 Rang 2-246 เดือน		
ความสามารถในการสื่อสาร		
พูดได้	77	77.78
พูดไม่ได้	22	22.22
การดำเนินของการเจ็บป่วย		
อาการดีขึ้น	56	56.57
เท่าเดิม	36	36.36
ทรุดลง	7	7.07
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
Mild Impairment	57	57.58
Mild to Moderately	31	31.31
Severe Impairment	10	10.10
Very Severe Impairment	1	1.01
ปัญหาภาวะอารมณ์		
ไม่มี	82	82.83
มี	17	17.17
ปัญหาพฤติกรรม		
ไม่มี	89	89.90
มี	10	10.10

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 99)

ตัวแปร	Range		M (SD)	ระดับคะแนน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	0-20	0-20	12.88 (6.23)	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	10-40	25-40	33.57(3.80)	สูง
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว	18-90	49-90	69.39(9.07)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0-72	17-63	39.29(10.47)	ปานกลาง
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	8-32	13-32	25.98(4.65)	สูง
ความเครียด	0-80	0-60	21.29(13.64)	ต่ำ

2. การศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะ

ตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($r=-.48, p<.01$; $r= -.37, p<.01$; $r = -.25, p<.05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4 และ 5)

3. สำหรับการศึกษাপัจจัยทำนาย พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=5.35, p < .05$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ ร้อยละ 27.4 (ตารางที่ 6) โดยมีสมการทำนายดังนี้

สมการถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Standardized Regression Equation) คือ $Z_{\text{ความเครียดในญาติผู้ดูแล}} = -.44\text{การรับรู้สมรรถนะตนเอง} + .21\text{ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย}$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Pearson Correlation ($n = 99$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ	1								
2. รายได้ของครอบครัว	-.27**	1							
3. การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.12	.06	1						
4. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	.02	-.03	-.12	1					
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว	-.09	.00	.41**	.09	1				
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.10	.16	.04	.14	.12	1			
7. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.00	.00	.28**	.17	.34**	.15	1		
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	.02	-.23*	-.21*	.02	-.33**	-.17	-.29**	1	
9. ความเครียดในญาติผู้ดูแล	.19	-.02	-.48**	-.09	-.37**	.10	-.25*	.30*	1

* $p<.05$, ** $p<.01$

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติไคสแควร์ ($n=99$)

ตัวแปร	ระดับความเครียดในญาติผู้ดูแล			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	13	11	4	.59	.73
หญิง	39	23	9		

ตัวแปร	ระดับความเครียดในญาติผู้ดูแล			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	34	28	11	3.97	.14
มัธยมศึกษาขึ้นไป	18	6	2		
ความสามารถในการสื่อสาร					
พูดได้	40	28	9	.98	.61
พูดไม่ได้	12	6	4		

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายความเครียดโดยใช้สถิติ Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise (n = 99)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-1.58	.31	-.44	-4.96	.00
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	.05	.02	.21	2.31	.02
R = .52	R ² adj=0.26		F = 5.35		
R ² = .27	Constant = 71.07				

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=5.35, p < .05$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ร้อยละ 27.40 กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลมาก จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดลดลง ส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) ของบรอนเฟนเบรนเนอร์ ที่ระบุว่า พัฒนาการหรือพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเดียวต้องอธิบายด้วยระบบที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์

กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกรอบๆ ตัวบุคคลนั้น ตั้งแต่ครอบครัวถึงชุมชน หรือโครงสร้างทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล 2) ระดับระหว่างบุคคล 3) ระดับชุมชนและสังคม 4) ระดับวัฒนธรรม และ 5) ระดับมิติเวลา (Bronfenbrenner, 2005)

ในการศึกษานี้ ปัจจัยระดับบุคคล คือการรับรู้สมรรถนะตนเอง และปัจจัยระดับมิติเวลา คือระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายความเครียดมากกว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม แต่บางการศึกษาพบปัจจัยทำนายความเครียด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว อายุ ภาวะซึมเศร้า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแล ระยะเวลาดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การดูแลของญาติผู้ดูแล ได้ร้อยละ 49.1-71 (Junpanit et al., 2018; Kim, 2017)

ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วย หลอดเลือดสมองในการศึกษานี้มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีรวมทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านค่าใช้จ่าย แรงกาย แรงใจ และข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ยัง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .01$; $r = -.25, p < .05$ ตามลำดับ)

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุ ทำให้ความเข้าใจคำถามในแต่ละข้อไม่ชัดเจน ผู้วิจัยต้องอธิบายด้วยภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่ายจึงทำให้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงตามจริงมากที่สุด
2. ญาติผู้ดูแลบางรายมีกิจกรรมอื่นมาแทรกขณะที่กำลังเก็บข้อมูล เช่น มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักมาเยี่ยม หรือผู้ป่วยเรียกหา ทำให้ต้องรีบให้ข้อมูลจึงอาจทำให้ได้ข้อมูลคลาดเคลื่อน
3. ข้อมูลวิจัยสามารถนำไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันเท่านั้น เนื่องจากมีการเลือกสรรพื้นที่
4. กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ได้แก่ วัฒนธรรมล้านนาและวัฒนธรรมไทยกลางจึงอาจมีผลต่อการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลควรเน้นการให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเสริมสร้างสมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล การเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาในการดูแลและภาระของญาติผู้ดูแล
2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทำนายในกลุ่มที่ช่วยตนเองได้น้อยและสื่อสารไม่ได้ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยตนเองและสื่อสารได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความหลากหลายวัฒนธรรม ได้แก่ วัฒนธรรมล้านนาและวัฒนธรรมไทยกลาง ที่อาจมีความแตกต่างในพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาจะช่วยทำให้เห็นปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างวัฒนธรรมได้ชัดเจน

References

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human biological perspectives on human development*. United State of America.
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2017). *Annual report 2017*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage Of His Majesty The King (in Thai)
- Donnelly N.A., Hickey A., Burns A., Murphy P. & Doyle F. (2015). Systematic review and meta-Analysis of the Impact of Carer Stress on Subsequent Institutionalisation of Community-Dwelling Older People. *PLoS ONE* 10(6), 1-19.
- Gbiri, C.A., Olawalea, O.A. & Isaaca, O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98-103.
- Gray, R. & Thapsuwan, S. (2014). Determinants of stress among family caregivers to older persons. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities*, 20(1), 203-228. (in Thai)
- Health Data Center. (2018). *Rate of stroke*. Accessible from <https://bit.ly/2zYSEpp>
- Junpanit, A., Lawang, W., & Toonsiri, C. (2018). Factors Influencing The positive aspects of caregiving among stroke family caregivers. *Journal of Nursing and Education*, 11(2), 61-73. (in Thai)
- Kim D. (2017). Relationships between caregiving stress, depression, and self-Esteem in family caregivers of adults with a disability. *Occupational therapy international*, 2017,1686143
- Mayr S., Erdfelder E., Buchner A., & Faul F. (2007). A short tutorial of G*Power. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 51-59.
- Pesantes, M.A., Brandt, L.R., Ipince, A., Miranda, J.J. & Diez-Canseco, F. (2017). An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *eNeurologicalSci*, 6, 33-50.
- Prombut, P., Piaseu, N., & Sakulhongsohon, S. (2014). Factors related to stress of Family caregiver of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 82-96. (in Thai)
- Sakunhongsohon, S., Sirapo-ngam, Y., Tripp-Reimer, T., & Junda, T. (2011). Stroke caregiving networks in Bangkok: patterns of social exchange behavior. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(2), 152-165

Salini, P., Conjeevaram, J., & Munisusmitha, K. (2017). Female caregivers and stroke severity determines caregiver stress in stroke patients. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 20(4), 418-424.

Thuenyang, T., (2011). *Factors influencing health promoting behaviours among family caregivers of stroke patients*. (Master's thesis) Burapha University, Chonburi. (in Thai)

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Switzerland: World Health Organization.