

2023

วิจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

นิภากรณ์ เทียงหนู
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Geriatric Nursing Commons](#)

Recommended Citation

เทียงหนู, นิภากรณ์, "วิจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" (2023). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 10347.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10347>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF STROKE
SURVIVORS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิต

จากโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

น.ส.นิภาภรณ์ เทียงหนู

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

ประธานกรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง)

กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นิพนธ์ เทียงหนู : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. (FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF STROKE SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุรพร ธนศิลป์

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ในสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยเครื่องมือมีคุณภาพทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 (S.D. = 11.48) ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .34, p < .001$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.47, p < .001$) และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .33, p = .005$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 33 โดยการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยหลักในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2566 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470016136 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: QUALITY OF LIFE, FAMILY CAREGIVERS, STROKE SURVIVORS

Niphaphon Thiangu : FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF STROKE SURVIVORS. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D.

This predictive research aims to study the quality of life of caregivers in stroke survivors' families and determine the quality of life of caregivers in stroke survivor families. The sample was a family caregiver of a stroke survivor who came to receive treatment at the outpatient examination department. In Neurological institute of Thailand and King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. The research tools consisted of personal data questionnaires, quality of life assessment forms. Ability to perform daily activities, care burden assessments, depression assessments, family relationship assessments, and social support assessments. The data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's coefficients, and stepwise analysis of multiple regression. The results of the research were as follows:

Family caregivers who survived the stroke had a moderate quality of life. The mean value was 95.89 (S.D. = 11.48). Factors that predicted the quality of life of caregivers in stroke survivor families with statistical significance at the .05 level included social support ($\beta = .34, p < .001$), depression ($\beta = -.47, p < .001$), and the ability to perform daily activities of stroke survivors. ($\beta = .33, p = .005$) Social support is considered a key factor in predicting the quality of life of family caregivers.

Field of Study: Adult and Gerontological Student's Signature

Nursing

Academic Year: 2023 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้ให้คำชี้แนะแนวทาง ให้ คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ ด้วย ความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ กราบขอบพระคุณ นายแพทย์และพยาบาลหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้ดูแลในครอบครัวรวมไปถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่กรุณาสละเวลาให้ ความช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวซึ่งมีบิดา มารดา น้า และนายสุรพงษ์ ถิ่นสิทธิ์ ผู้เป็นที่รักยิ่ง ในการสนับสนุนการศึกษา ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนเพื่อนและกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษาและกำลังใจเป็นอย่างดี เสมอมา ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นิภาภรณ์ เทียงหนู

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	13
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	22
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ.....	25
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	41

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง	42
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	45
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	72
สรุปผลการวิจัย	74
การอภิปรายผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	84
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	99
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	105
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	117
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	136
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นกลางเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	140
ประวัติผู้เขียน	147

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล.....	48
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน	57
ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=120)	62
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	65
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	65
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	66
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาระของการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)	66
ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	67
ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับสัมพันธภาพใน ครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	67
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทาง สังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	67
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	68
ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120).....	69

ตารางที่ 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการการถดถอยค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดฯ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n = 120)..... 70

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n = 120)..... 71

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)..... 137

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน (n=120)..... 137

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมในที่นี้สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n=120)..... 138

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 45



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) จากการสำรวจของประชากรทั่วโลกในปีพ.ศ. 2562 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน กล่าวคือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที และเสียชีวิต 6.5 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2022) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลังของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 ถึงปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 36,214 คน เพศชาย 21,163 คน เพศหญิง 15,051 คน (กองยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นทำให้สามารถดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้มากขึ้น พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) ทั่วโลกสะสม 80 ล้านคน และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองในสหราชอาณาจักร พบมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1.3 ล้านคน โดยพบผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 60 และผู้ที่รอดชีวิตจากโรคเลือดออกในสมอง ร้อยละ 38 (American Stroke Association, 2021) ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (survival rate) ที่ระยะเวลา 6 เดือน จนถึง 24 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2555 อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในปีพ.ศ. 2550 คือ ร้อยละ 82, 78 และ 74 เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 88, 84 และ 82 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกปีพ.ศ. 2550 คือร้อยละ 56, 54 และ 52 เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 62, 60 และ 56 ตามลำดับ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าในแต่ละปีสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อัตราการรอดชีพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเอง ญาติ และผู้ดูแลรวมไปถึงสังคมในภาพรวมอีกด้วย

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบหลักมีทั้งระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง กล่าวคือ ในระยะเฉียบพลันอาจทำให้เสียชีวิตได้ และในระยะเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ (วราภรณ์ คำรศ และ ทศพร เอกปรีชากุล, (2562) บางรายอาจมีปัญหาด้านระบบประสาทและอวัยวะผิดปกติ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านการมองเห็น ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพิงผู้อื่นมีมากขึ้น รวมไปถึงเป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการฟื้นฟู และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Saricam, 2019) เห็นได้ว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในด้านต่างๆ เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ อีกทั้งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วยพบปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาด้านครอบครัวซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามมา (รังษิยา เชื้อเจ็ดตน และ เตชา ทำดี, 2562)

ในสังคมไทย พบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแล โดยผู้ดูแล ร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลาน และญาติ (ชาย โภธิสिता และ สุขาดา ทวีสิทธิ์, 2552) ครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทันทีและในระยะยาว (วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์ และคณะ, 2561) ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิต การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมีลักษณะสำคัญคือ ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้อาจมีหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Horowitz, 1985 อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Muhrodji et al., 2022) ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการติดต่อสื่อสาร บางครั้งมีปัญหาด้านการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (เชิดชาย ชยวิฑโฒ, 2559) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเป็นผู้ดูแล พบว่า ด้านสุขภาพร่างกายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการดูแลตนเอง น้ำหนักลดลง เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ รูปแบบการรับประทานอาหารแตกต่าง

จากเดิม มีอาการปวดหลังปวดข้อ (เยาวลักษณะ ทวีกสิกรรม และคณะ, 2557) ด้านจิตใจ ผู้ดูแลบาง คนอาจจะยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิด ความเครียด เกิดความกดดัน มีความพึงพอใจในตนเองต่ำ อารมณ์อ่อนไหวและหงุดหงิดง่าย หมดหวัง ท้อแท้ บางรายมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยครั้ง (สุนันทา มั่งมี, 2563) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้อง ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของตนเองและครอบครัวทำให้การหารายได้ของตนเองต้องหยุดชะงัก ลง เพื่อมารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Muhrodji et al., 2022) ด้านหน้าที่การงานและปฏิสัมพันธ์ กับสังคมบทบาทผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้หน้าที่การงานของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมได้รับผลกระทบ ไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเกิดขึ้นเป็นเวลาดำเนินและยาวนานเพียงลำพังจะส่งผลกระทบต่อ ผู้ดูแลหลักและครอบครัวตามมา (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) ซึ่งจะเห็นได้ ว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและใช้ระยะเวลา ยาวนาน และบางรายที่มีความทุพพลภาพทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลในครอบครัวตามมาส่งผล กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด (Ba et al., 2022)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนิน ชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมทั้งเรื่องการเมืองการปกครองของสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ด้วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHO, 1994) ต่อมาทีม พัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้า ด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อม (WHO, 2012) ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาคุณภาพชีวิต การรับรู้ความพึงพอใจ ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของ เพ็ญฟ้า สีสวย (2550) และ ยุทธกรานต์ ชินโสธร (2559) พบว่า ระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.8 และ 88.17 ตามลำดับ ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล ด้านร่างกาย พบว่า เมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลานานๆ ทำให้สุขภาพร่างกายไม่ แข็งแรง เหนื่อย เพลีย อ่อนล้า นอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา มีปัญหาทางสุขภาพ เพิ่มขึ้น (เพ็ญฟ้า สีสวย, 2550) ด้านจิตใจ การดูแลด้านพฤติกรรมของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมอง ที่ต้องพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การรับรู้ความจำบกพร่อง อารมณ์ที่หงุดหงิด

ฉุนเฉียวโดยไม่มีเหตุผล การเอาแต่ใจตนเองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใจร้อน ไม่มีความอดทน กิจกรรมการดูแลดังกล่าวญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ ไม่สามารถวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยล่วงหน้าได้ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากกว่ากิจกรรมดูแลด้านอื่นๆ (วิลเล็ค คำตัน, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลบางรายขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (นพรัตน์ สนวนปาน และคณะ, 2562) และพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อทางเดินหายใจปอดอักเสบ เป็นต้น ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายไม่ทราบวิธีการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น (ศรีณยา แสงมณี และคณะ, 2555) มีความรู้สึกผิด กังวล รวมทั้งมีความเครียดจากการขัดสนด้านการเงิน การมีหน้าที่บทบาทมากเกินไป ทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดน้อยลง (เชิดชาย ชัยวิทย์, 2559) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต กิจกรรมประจำวันที่เคยปฏิบัติเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว และเพื่อน ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลนั้นอยู่กับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (จิตรภาพ โคตรมหา และคณะ, 2564) และด้านสิ่งแวดล้อม บางครอบครัวพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้ ภาระต้องออกไปทำงานแทนสามีเพื่อหารายได้ บุตรอาจต้องหยุดเรียนเพื่อมาดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวรายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวอีกด้วย (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว (สิริรัตน์ สีสวรส และ จริญญา วิรุฬราช, 2550) การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว การปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวล้วนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (ยุทธกรานต์ ชินโสตร, 2559)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัย ได้แก่ การมีภาวะทุพพลภาพและพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Costa et al. (2016) พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.23, p=.05$) และการที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อ

ความต้องการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีความรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระในการดูแล (Badaru et al., 2017; Caro et al., 2018) จากการศึกษาของ Ba et al.(2022) พบว่าภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.31, p = .00$) นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าในระยะแรกผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.8, p = .03$) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เกิดความคลุมเครือในบทบาทและมีความเหนื่อยล้าก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมถอยและมีภาวะสุขภาพเปราะบางนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่อธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้สำคัญที่สุด (Pucciarelli et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Efi et al. (2017) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.59, p < .05$) และพบว่าการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ การสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกภายในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์และการช่วยเหลือและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง (Long, 2018; Alquwez & Alshahrani, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2560) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$) และจากการศึกษาของ Ba et al.(2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .2, p = .00$) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลมีความกังวลเรื่องรายได้ภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวบางรายจำเป็นต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Ba et al., 2022; Tsai et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง (ยุทธกรานต์ ชินโสตร, 2559) และส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง นำไปสู่การขาดผู้ดูแลที่จะดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งที่น่าสนใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนประชากรวัยแรงงานช่วงอายุ 15-59 ปี มีจำนวนลดลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง คนโสดเพิ่มขึ้น และมีการอพยพย้ายถิ่นฐานของคนวัยแรงงาน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ดังนั้น บทบาทของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า มีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์ และคณะ, 2561; วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ, 2563) นอกจากนี้พบงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน และโรงพยาบาลทุติยภูมิ (ยุทธกรานต์ ชินโสตร, 2559) สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Badaru, 2017) และมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Long, 2018) นอกจากนี้มีการศึกษา ปัจจัยอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Ba et al., 2022) อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในต่างประเทศ ไม่อาจนำมาใช้ในการอธิบายในบริบทสุขภาพและบริบทความเป็นสังคมไทย ตลอดจนการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวไทยซึ่งมีความแตกต่างจากต่างประเทศเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อสังคมไทยและนานาชาติ (ศูนย์มาตรฐานและรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยเกี่ยวกับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ พัฒนาและปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การมีคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามมา

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัญหาที่กระทบกับมิติย่อยของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน (WHO, 2012) ดังได้กล่าวถึงมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้มาศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ ดังรายละเอียด

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Costa et al. (2016) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ ($r=.23, p=.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Freytes et al. (2021) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ (all p-values $>.05$) ดังนั้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ

ระยะเวลาในการดูแล จากการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.08, p=.03$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อวัน ดังนั้น

ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ภาวะการดูแล จากการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่าภาวะการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.31, p=.00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro et al. (2018) พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r=-.47, p=.03$) ดังนั้น ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Efi et al. (2017) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r=-.59, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pucciarelli et al. (2019) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ($r=-.34, p < .05$) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2560) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$) ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษา Ba et al. (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta =.2, p=.0$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ คือ การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

รายได้ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลมีรายได้ในระดับสูงขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้น รายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้และรู้สึกพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ด้านความแข็งแรงของร่างกาย และอาการที่เกิดทางกายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความกลัว ความกังวลในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้การมีที่พึ่งในการได้รับคำปรึกษา การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมที่จำเป็น การบริการทางสังคม ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือที่มีที่พึ่งทางใจ มีที่ปรึกษาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความตึงเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ความกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของค่าใช้จ่ายในอนาคต

โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระบุว่าเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง เพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่กิจวัตรประจำวันนั้น เช่น การรับประทานอาหารและ การเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการใช้ห้องน้ำ สุขอนามัยส่วนบุคคล การสวมใส่-ถอดเสื้อผ้า เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ที่พัฒนาขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาวะพึ่งพำน้อย

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนเต็มเป็นชั่วโมง ที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ภาระการดูแล หมายถึง เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน The Zarit Burden Interview (ZBI) พัฒนาจาก Zarit and colleagues ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย อรวรรณ แพนคง (2547) ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาระการดูแลยิ่งมาก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดอารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิดกกังวลมองโลกในแง่ลบ โดยมีความรู้สึกนี้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย Radloff (1977) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกผูกพันระหว่างระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว และ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปฏิบัติต่อกันในด้านการแสดงความรัก ความห่วงใย การยอมรับ และให้การช่วยเหลือต่อกันทั้งทางกาย วาจาใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ดัดแปลงมาจาก ชโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) และ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) Morrow & Wilson (1961) ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวยิ่งดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลแปลเป็นภาษาไทยโดย ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

รายได้ หมายถึง เงิน หรือสินทรัพย์ที่วัดมูลค่าได้ หรือผลประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับต่อเดือน วัดโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังการเกิดโรคตั้งแต่ 30 วัน ถึง 1 ปี

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล การดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม สรุปเนื้อหาสาระสำคัญได้ดังนี้

1. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การรอดชีพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.2 ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ
 - 4.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ
 - 4.2 ระยะเวลาในการดูแล
 - 4.3 การดูแล
 - 4.4 ภาวะซึมเศร้า
 - 4.5 สัมพันธภาพในครอบครัว
 - 4.6 การสนับสนุนทางสังคม

4.7 รายได้

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีชื่อเรียกภาษาอังกฤษหลายชื่อ เช่น stroke, cerebrovascular disease (CVD), cerebrovascular accident (CVA), brain attack ซึ่งหมายถึง ภาวะสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน เนื่องจากหลอดเลือดอุดตัน หรือแตก ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) และเซลล์สมองตาย (infarction) (AHA, 2008)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 1989) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2551) ได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงจากความบกพร่องของระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2022) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย สับสนกะทันหันหรือมีปัญหาในการพูดหรือเข้าใจคำพูด มีปัญหากะทันหันในการมองเห็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ปัญหากะทันหันกับการเดิน เวียนศีรษะ หรือเสียการทรงตัวหรือการประสานงาน หรือปวดศีรษะรุนแรงกะทันหันโดยไม่ทราบสาเหตุ โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมองไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน เนื่องจากหลอดเลือดอุดตันหรือแตก ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการหรืออาการแสดงเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรได้

1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ 80 หลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนแล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.2.1.1 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

1.2.1.2 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณร้อยละ 20 สามารถแบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.2.2.1 โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

1.2.2.2 โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

1.3 ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565)

1.3.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระทั่งอาการคงที่ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้ระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมง ปัญหาที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

1.3.2 ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ง ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1 - 14 วัน

1.3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง

กล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาตจะค่อยๆ แข็งเกร็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recover) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการฟื้นฟูตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

1.4 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในปีที่ผ่านมาทั่วโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) รายงานว่า พบมีผู้ป่วย 12.2 ล้านคน โดย 1 ใน 4 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 6.5 ล้านคน และมีประชากรมากกว่า 110 ล้านคนทั่วโลกเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2022) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลังของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 ถึงปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้ม สูงขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 36,214 คน เพศชาย 21,163 คน เพศหญิง 15,051 คน (กองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.5 การรอดชีพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักรอดชีวิตหากผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ และร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Smajlovic et al., 2006) จากข้อมูลในระยะยาวพบว่า 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีอาการดีขึ้นภายใน 3 - 6 เดือน (Caplan, 2009) เห็นได้ว่าภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 มีความพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีความพิการหลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด เป็นต้น จึงต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิต (สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, 2554)

โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ในประเทศไทย ร้อยละ 26 ของผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน และร้อยละ 74 มีชีวิตรอดหลังจากหรือเท่ากับ 30 วัน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายใน 30 วันพบมากใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Butsing et al., 2018) ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในไทยประมาณ ร้อยละ 1.88 ในผู้ใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีอายุเฉลี่ยเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 65 ปี (Nijasri, 2014) โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วจะทำให้การฟื้นตัวช้าลง (Reimer et al., 1999)

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม บุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ การฟื้นตัวของระบบประสาท เช่น การยุบวมของสมอง การไหลเวียนเลือดของสมองที่ดีขึ้นทำให้ระดับของปัญหาทางระบบประสาทลดลง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรก เช่น กำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น พูดได้ดีขึ้น กลไกที่สองของการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวและผู้ดูแลที่ดูแล ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3 - 6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1 - 3 เดือนแรก ดังนั้นภายหลังการเจ็บป่วยในระยะแรกจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.6 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Hankey และคณะ (2000, อ้างใน สมชาย โทวณะบุตร และคณะ, 2557) กล่าวว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีชีวิตรอดมากกว่า 30 วันจนถึง 5 ปีนับจากเริ่มเจ็บป่วย

Cecep Eli Kosasih (2004, อ้างใน สมชาย โทวณะบุตร และคณะ, 2557) กล่าวว่า ผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

Thotsaporn Kham polsiri (2006) กล่าวว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านภายใน 1 ปีหลังเกิดโรค

Salee Chalermwannapong (2009) กล่าวว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังการเกิดโรคตั้งแต่ 30 วัน ถึง 1 ปี

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

Robinson & Stalker (1992) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล หมายถึง เป็นคำที่ใช้อธิบายบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพหรือจากหน่วยงานใด แต่เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือญาติ เพื่อนที่พิการหรือเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การแต่งตัวทำงานบ้าน ซื่อสิ่งของ และอื่น ๆ แม้กระทั่งการสนับสนุนให้กำลังใจ

Ross & Mackenzie (1996) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันกันทางเครือญาติ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมีลักษณะสำคัญ คือ

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือ เพื่อน

2) ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่ภาวะการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การคิดและตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อน ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้น ผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระบุว่าเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด

สมอง ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.2 ชนิดของผู้ดูแล

พิจารณาโดยแบ่งประเภทของผู้ดูแล เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (Alzheimer Research Center, 2003; Parker, 1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

2.2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้างดูแล ทีมสุขภาพ พยาบาล องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และให้การดูแลโดยได้รับเงินเป็นการตอบแทนตามข้อตกลง

2.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพันสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

Parker (1992, อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

2.2.2.1 แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2.2.2.2 แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัวดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล เป็นอย่างมาก จึงมีแนวทางการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

2.3.1 กระตุ้นให้ผู้รอดชีวิตฯ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ให้ผู้รอดชีวิตฯ ใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง เท่าที่สามารถจะทำได้

2.3.2 ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้รอดชีวิตฯ ไม่สามารถทำได้

2.3.3 ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตฯ เกิดความมั่นใจในตนเอง

2.3.4 ช่วยทำกายภาพบำบัด

2.3.5 ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก ดูแลการขับถ่าย และการแต่งตัว ดูแลจัดเตียงทรงผม โกนหนวดเครา ดูแลผิวหนัง ดูแลความสะอาดเล็บมือเล็บเท้า

2.3.6 ดูแลให้ผู้รอดชีวิตฯ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในรายที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ต้องมีทักษะในการให้อาหารทางสายยางได้อย่างถูกต้องวิธี ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ให้ระวังการสูดสำลัก

2.3.7 ในรายที่เจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถทำแผลและดูดเสมหะได้ถูกวิธี

2.3.8 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ดูแลผิวหนังและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ

2.3.9 ช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสุกสบาย

2.3.10 ช่วยเหลือในการป้องกันอันตรายต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น การพลัดตกหกล้ม

2.3.11 ถ้าคาสายสวนปัสสาวะไว้ ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย โดยทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนออกจากระ รวมทั้งตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง

2.3.12 ให้ผู้รอดชีวิตได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่ และบุคคล ให้ผู้รอดชีวิตได้รับทราบ

2.3.13 ดูแลให้ผู้รอดชีวิตรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ห้ามขาดยา หรือปรับยาเองและมาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาด้านเกล็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจ เกิดความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามความเหมาะสม เมื่อประสบปัญหาต่างๆ สามารถแก้ไขสถานการณ์และติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆได้ถูกต้อง โดยสามารถสรุปบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ขับถ่าย ทานอาหาร แต่งตัว และให้ความช่วยเหลือถ้าจำเป็น กระตุ้นให้ผู้รอดชีวิตใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรงเท่าที่สามารถจะทำได้ ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตไม่สามารถทำได้ ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตเกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้รอดชีวิต ดูแลให้ผู้รอดชีวิตรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาพบตามแพทย์นัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้รอดชีวิตรับประทานอาหารทางปากไม่ได้สามารถให้อาหาร ทางสายยางได้อย่างถูกต้อง ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ให้ระวังการสูดสำลัก เป็นต้น

2.4 ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องความรู้สึกภายใน และได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน กล่าวได้ว่า ความต้องการเป็นผลรวมของปัจจัยต่าง ๆ โดยผ่านจิตใจ ซึ่งตัดสินใจและสั่งการ ความต้องการเกิดขึ้นได้เสมอ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตน ชีวิตจึงจะคืนสู่ความสมดุลดังเดิมเมื่อที่บุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียดและไม่เป็นสุข (วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน, และ รัชณี นามจันทร์, 2561) ความต้องการของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลยังมีความต้องการและมีปัญหาที่ต้องการการตอบสนองหลายด้าน โดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ดังนี้

1) ด้านความรู้และทักษะในการดูแล ได้แก่ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค การดูแลรักษา การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลความปลอดภัยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค และการจัดการกับปัญหาเรื่องการให้อาหาร การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย ปัญหาด้านการขับถ่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไปและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2) ด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง ความเมื่อยล้า ความไม่สุขสบายจากโรคเดิมของผู้ดูแล อาการปวดหลัง ปวดเอว รวมถึงการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

3) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล

4) ด้านสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านทั่วไป การติดต่อขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ บริการรถเข็นหรือเตียงที่สามารถปรับได้ และการเคลื่อนย้ายผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่บ้านและในชุมชน

5) ด้านทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลสถานพยาบาลที่รองรับในภูมิลำเนาเดิมของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและการได้รับการดูแลก่อนกลับเข้าทำงานของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Rosemarie et al. (2010) ศึกษาปัญหาที่ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญในช่วง 1 เดือนแรก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะพึ่งพิงของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแล ความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โปรแกรมการดูแลสามารถนำมาปรับใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล และติดตามประเมินความเครียดและการปรับตัวหลังจำหน่าย 1 เดือนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบการศึกษาของ วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน, และ รัชณี นามจันทร์ (2561) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้และทักษะในการดูแล และด้านจิตใจและอารมณ์มากที่สุด ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแล คือ สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลได้ร้อยละ 3.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะการวิจัยควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ระยะเวลา 1 เดือนแรกของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ยังคงต้องเรียนรู้และแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคจากการดูแลที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่หยุดนิ่งในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นระยะเวลานานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งสามารถจัดการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถอธิบายผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

โอเรม (1991) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตน ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับคุณภาพความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเพียงพอ

Ferrans and Powers (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกถึงการมีความสุขของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Zhan (1992) ได้วิเคราะห์แนวคิดคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Ferrell et al. (1995) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย และอาการทางกาย (physical well-being and symptom) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความผาสุกทางสังคม (social well-being) และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานของคุณภาพชีวิตจากการรวบรวมนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตในเบื้องต้น

องค์การอนามัยโลก (1997) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ต่อสภาวะของตนเอง ตามบริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต และความคาดหวังของแต่ละบุคคล

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้และรู้สึกพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

WHO (2012) ได้กล่าวถึง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ได้กล่าวว่างค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของคนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3.3.1 Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดและความมีชีวิตชีวา The SF-36 ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้แห่งตน เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณลักษณะที่สำคัญสำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์ประกอบใน The SF-36 มีทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 3 ด้าน คือ สภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ความผาสุก (Well-being) และภาวะสุขภาพทั้งหมด (Overall health) ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทยโดย วัชรวิทย์ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม (2543) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าตั้งแต่ 0.63 ถึง 0.77

3.3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลกแม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นฉบับย่อ ของแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 100 ข้อ (WHOQOL-100) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเหลือคำถามเพียง 26 ข้อประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด พบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีความ content validity = .65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .84

3.3.3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต Sickness Impact Profile (SIP) เครื่องมือ SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 136

ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมีมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติย่อย ส่วนมิติด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย แบบประเมินนี้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือรายด้านและโดยรวมได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคะแนนด้านร่างกายเท่ากับ .94 ด้านจิตสังคมเท่ากับ .84 และด้านทั่วไปเท่ากับ .88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของคะแนนโดยรวมทั้งหมดเท่ากับ .95 (ดวงกมล ไวยวาร และคณะ, 2560)

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล คือ WHOQOL-BREF ไม่เฉพาะเจาะจงในการประเมินกลุ่มบุคคลในการใช้ เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีการนำไปวัดคุณภาพชีวิตกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิต

4.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.1.1 ความหมายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

มยรี เพชรอักษร (2532, อ่างใน ฉัญญรัตน์ จินเฮ็ง, 2562) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเป็นประจำ โดยเริ่มต้นตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน เช่น การอาบน้ำ การกินข้าว การเดิน เป็นต้น หากแบ่งในเชิงปฏิบัติ สามารถแบ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity of daily living) เป็นกิจวัตรประจำวันที่อาศัยทักษะความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ในการทำ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และทุกคนต้องทำปกติเป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มการดูแลตนเอง และการเคลื่อนย้ายตัวเอง

2) การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental activity of daily Living) เป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถที่ซับซ้อนในการทำ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม และการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับบ้าน ประกอบด้วย การซื้อของ การวางแผนทำอาหารและการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทำความสะอาดเสื้อผ้า หรือการดูแลเด็ก เป็นต้น

ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ (2561) ได้ให้ความหมายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเอง โดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน และเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคมได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ

การแต่งตัว การหิวผม สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ความต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง เพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่กิจวัตรประจำวันนั้น เช่น การรับประทานอาหารและ การเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการใช้ห้องน้ำ สุขอนามัยส่วนบุคคล การสวมใส่-ถอดเสื้อผ้า เป็นต้น

4.1.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.1.2.1 The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่ใช้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรมโดย Katz et al. (1963) ถูกพัฒนาโดย Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, and Jaffe (2007) และปรับปรุงใหม่โดย Reijneveld, Spijker, and Dijkshoorn ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม แบบวัดนี้มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย เกณฑ์การให้คะแนน 0 - 3 คะแนน ต้องการภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูง คะแนน 4 - 5 คะแนน ต้องการภาวะพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง คะแนน 6 คะแนน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แบบประเมินนี้ใช้ได้ทั่วไป ทั้งผู้ป่วยและผู้สูงอายุ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 (ศิริอร สินธุ และคณะ, 2554)

4.1.2.2 ดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL Index) ที่ใช้กันโดยสากล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965, อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ 2537) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การล้างหน้า หิวผม แปรงฟัน โกนหนวด, ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้, การใช้ห้องน้ำ, การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน, การสวมใส่เสื้อผ้า, การขึ้นลงบันได 1 ชั้น, การอาบน้ำ, การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา, การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนน 0 - 4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ คะแนน 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง คะแนน 9 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพานกลาง คะแนน 12 - 20 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพา แบบสอบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาคซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index : BI) เท่ากับ 0.92 (กณิฐา ต้อยตา และคณะ, 2560)

4.1.2.3 The Modified Barthel Activities Daily Living Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ Mahoney & Barthel (1965) ปรับปรุงและพัฒนามาจาก The Barthel Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แล้วนำมาใช้ในการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้น Shah, Vanclay, and Cooper (1989, อ้างใน บุชกร โลหารชุน และคณะ, 2551) ได้นำแบบประเมิน Barthel Index มาปรับปรุงเพื่อเพิ่มรายละเอียดเรื่องการต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความสามารถผู้ป่วยมากขึ้น และมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี เรียกเครื่องมือชุดนี้ว่า Modified Barthel Index (MBI) ฉบับภาษาไทยถูกแปลโดย บุชกร โลหารชุน และคณะ, (2551) มีองค์ประกอบ 3 หมวด ได้แก่ หมวดการดูแลตนเอง หมวดการเคลื่อนไหว และหมวดการควบคุมการขับถ่าย ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การเคลื่อนที่ หรือการใช้รถเข็นนั่ง หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันได คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน คะแนนที่มากบ่งชี้ว่าผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นน้อย เครื่องมือฉบับนี้ได้ถูกนำไปทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ interclass correlation (ICC) ได้เท่ากับ .96 (บุชกร โลหารชุน และคณะ, 2551)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ที่ใช้กันโดยสากล แบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เห็นความก้าวหน้าในการฟื้นตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตลอดช่วงการรักษา ในกรณีที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินค่าคะแนนน้อย บ่งชี้ได้ว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลมากขึ้นและต้องได้รับการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน (ชื่นชม ชื้อสือชา, 2555) ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ (Motor) การรับรู้ความรู้สึก (Sensory) การมองเห็น (Visual) ภาษา (Language) ความจำ

(Cognition) และอารมณ์ (Affect) โดยผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง การยืน หรือ การเดิน แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีความแข็งแรง แต่อาจไม่สามารถทรงตัวในท่าทางดังกล่าวได้ดังเดิม ส่วนการรับรู้ความรู้สึกมักมีอาการชา หรือปวด ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร และปัญหา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับการมองเห็น ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองบางรายอาจมีปัญหาตาพร่า มัว มองเห็นไม่ชัด หรืออาจเห็นภาพซ้อน (พัชรินทร์ เจริญผล, 2555.) ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากการรับรู้และสั่งการไม่ได้หรือไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดทอนความผิดปกติจะแตกต่างกันในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละรายขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ (SM, 2011) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมี บทบาทในการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมที่ สัมพันธ์กับบทบาทอื่นๆในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลร่วมด้วย (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ, 2557) จากการศึกษาของ Costa et al. (2016) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ ผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ ($r=.23, p= .05$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Freytes et al. (2021) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ ผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ (all p-values $>.05$)

4.2 ระยะเวลาในการดูแล

4.2.1 ความหมายของระยะเวลาในการดูแล

Yu (2012) ได้ให้ความหมายของ ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนเต็มเป็น รายชั่วโมงที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพานั้นจะ เปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ (2562) ได้ให้ความหมายของ ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นรายชั่วโมง สูงสุดต่อวัน ถ้าระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ผู้ดูแลมีผู้แบ่งเบาภาระช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ดูแลได้มีเวลาพักและมีเวลาส่วนตัวบ้าง ซึ่งบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือคือ สมาชิกใน ครอบครัว ผู้ดูแลจะมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนเต็มเป็นชั่วโมง ที่ ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รอดชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาส่วนมากดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและการทำกิจกรรมสันทนาการตามความต้องการหยุดชะงัก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวัน ระยะเวลาการดูแลพบว่าส่วนใหญ่ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมานาน 1- 5 ปี (คิดเป็นร้อยละ 44.29) ค่าเฉลี่ย 4.96 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.7 ปี ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความเป็นอิสระ (ยาวลักษณะ ทวีกสิกรรม, 2557) จากการศึกษาของ ฉัญญาภรณ์ คานพแก้ว (2547) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหมายถึง จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลน้อย ความผาสุกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น จากการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.08, p = .03$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อวัน ดังนั้น ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

4.3 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

4.3.1 ความหมายของภาวะการดูแล

Poulshock & Deimling (1984) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการดูแล หมายถึง ว่าเป็นการรับรู้เชิงจิตพิสัยของผู้ดูแลที่มีต่อความต้องการการดูแล โดยวัดได้จากความยากลำบากในการดูแล ซึ่งภาระเชิงจิตพิสัยจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตของผู้ดูแล อันเป็นผลกระทบที่สามารถสังเกตได้

Chou (2000) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการดูแล หมายถึง เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจที่เกิดจากการดูแล จากแนวคิดดังกล่าวจึงครอบคลุมแนวคิดของไคน์ (Klein, 1989) ที่มองว่าภาวะการดูแลประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแล และ การตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและผลกระทบที่ได้รับ เช่น ความตึงเครียดและความกังวล ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพและเวลาของบุคคลที่เกิดจากการดูแล

Alnazly & Samara (2014) ได้ให้ความหมายของ ภาระการดูแล หมายถึง เป็นปฏิกริยาการตอบสนองในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการในการดูแลกับบริบทต่างๆ ได้แก่ เวลาส่วนตัวบาททางสังคมภาวะสุขภาพ และอารมณ์แหล่งสนับสนุนทางการเงินซึ่งเป็นผลจากการดูแลโดยตรง

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ภาระการดูแล หมายถึง เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.3.2 การประเมินภาระการดูแล

4.3.2.1 แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Inventory) สร้างโดย Steven H. Zarit (1983) และ Judy M. Zarit (1990) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย อรรวรรณ แพนคง (2547) ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลโรคทางกาย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบคือ ความเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติไม่แน่นอน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ การแปลผลตามระดับภาระการดูแล ดังนี้ 0 - 20 หมายถึง ไม่มีภาระการดูแล 21 - 40 หมายถึง มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง 41-60 หมายถึง มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง 61 - 88 หมายถึง มีภาระการดูแลรุนแรง มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 (ชนัญชิตาคุณุณี ทูลศิริ และคณะ, 2554)

4.3.2.2 แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแล (Caregiver Burden Scale) พัฒนาโดย Oberst (1990) โดยมีสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลและดัดแปลงฉบับภาษาไทย จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ เวลาที่ใช้ในการดูแล และ ความยากลำบากในการดูแล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มี 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลทั่วไป และการดูแลระหว่างบุคคล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาระการดูแลสูง ทั้งปริมาณเวลาที่ใช้ และความยากลำบากในการดูแล การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) .67 - 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (อรทัย วงศ์อินอยู่ และคณะ, 2562)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Inventory) สร้างโดย Steven H. Zarit และ Judy M. Zarit (1983,1990) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย อรรวรรณ แพนคง (2547) โดยแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับ

การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและใช้ระยะเวลายาวนาน และเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงภายใน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างตรงประเด็น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

พบการศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูง ภาระยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่ามาก จะมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระมากขึ้น ระดับการพึ่งพามากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536 อังใน เพ็ญฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของ อนุสรณ์ แน่นอุดร และคณะ (2559) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารพบว่า ภาระของญาติผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2_{adj} = .176$) และมีการศึกษาของ นิพร ชัดตา และคณะ (2561) พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.52, p < .01$) และจากการศึกษาของ Ba (2022) พบว่าภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.31, p = .00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro et al. (2018) พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.47, p = .03$)

4.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว

4.4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เสียใจ โศกเศร้า โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า เฉื่อยชา เป็นต้น และมีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเองต้องการหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น

Beeber (1998) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์มากกว่าปกติ มีความคิดด้านลบต่อตนเองและมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2550) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ และมองโลกในแง่ร้าย ระดับความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2553) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตัวเอง

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิด อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวลมองโลกในแง่ลบ โดยมีความรู้สึกนี้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4.4.2 องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้แบ่งองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ (Emotional) บุคคลจะมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง ความพึงพอใจต่อตนเองลดลง สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าสลด หดหู่ใจ ร้องไห้ ความสนุกสนานร่าเริงลดลง

2) ด้านปัญญา (Cognitive) บุคคลจะมีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำลง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลวในชีวิต มองโลกในแง่ร้าย มีมุมมองทางด้านลบเกี่ยวกับอนาคต สิ้นหวัง ต่ำหนิตัวเอง ขาดความมั่นใจในตัวเอง ความสามารถในการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาลดลง มองภาพลักษณ์ของตนเองผิดไปจากสภาพความเป็นจริง

3) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลจะมีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ความคิด การพูด การเคลื่อนไหวช้าลง สมาธิความจำลดลง ไม่มีความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นสูง รู้สึกเหนื่อยหน่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม อาจมีความคิดอยากตาย

4) ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ มีอาการแสดงทางกายร่วมด้วย เช่น ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจอยากรับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นผิดปกติ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องทางเพศ

4.4.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

4.4.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ซึมเศร้า ด้านอารมณ์ทางบวก ด้านอาการทางกายและการทำกิจกรรมและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเมินในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ไม่เลย มีค่า 0 คะแนน จนถึง บ่อยครั้ง มีค่า คะแนน 3 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้า มีการนำแบบประเมินไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ .91 - .92 (Tang et al., 2013; Tang et al., 2007) ในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้แปลแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นภาษาไทย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ 0.86

4.4.3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory : BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Beck (1961) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้าน อารมณ์ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมใช้กับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 17- 80 ปี แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วย คำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจทั้งหมด 15 ข้อ เป็นอาการทางกายทั้งหมด 6 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 นำไปทดสอบความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ .86 ได้จากการนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินนี้สามารถใช้งานง่าย และสามารถประเมินซ้ำได้ นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและในงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดในการใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก (ณัฐธิดา คุ่มรอด, 2560)

4.4.3.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (Self-Rating Depression Scale : Zung) โดย Zung (1982) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการเจ็บป่วยทั้งหมด แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวีชาติ และคณะ (2531) ประเมินด้านความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ แต่ไม่ได้ครอบคลุมอาการทางกายได้ทั้งหมดอย่างชัดเจน แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0 - 80 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น .75 ข้อจำกัดของแบบประเมินคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร และไม่สามารถที่จะแยกโรคซึมเศร้าที่เกิด

จากภายในตนเองและโรคซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งยังขาดการประเมินทางด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) เน้นการประเมินด้าน อารมณ์ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมใช้กับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 17 - 80 ปี มีความเหมาะสมกับประเมินในผู้ดูแลในครอบครัววัยผู้ใหญ่ สะดวกในการนำไปใช้ และการประเมินผลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ต้องดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการติดต่อสื่อสาร บางครั้งมีปัญหาด้านการรับรู้ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ บางรายมีอาการของภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ปัญหาความเครียดจึงพบได้บ่อยในผู้ดูแลในครอบครัวระดับความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วย (จิตราพร โคตรมหา และคณะ, 2560) จากการศึกษาของ Efi et al. (2017) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.59, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pucciarelli et al. (2019) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ($r = -.34, p < .05$)

4.5 สัมพันธภาพในครอบครัว

4.5.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นๆ โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันพูดคุยแสดงออกซึ่งความรักและทำกิจกรรมร่วมกันอาจมีทั้งสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดี

จันทนา ชาญประโคน (2550) ให้ความหมาย สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความผูกพัน การเอาใจใส่ ช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกัน

รสสุคนธ์ เจืออุปถัมภ์ (2553) ให้ความหมาย สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันในด้านการแสดงความรัก ความห่วงใย การยอมรับ และให้การช่วยเหลือ

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกผูกพันระหว่างระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปฏิบัติต่อกันในด้านการแสดงความรัก ความห่วงใย การยอมรับ และให้การช่วยเหลือต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม

4.5.2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

Crandall (1980) กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary relationship) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในครอบครัวปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

4.5.2.1 จำนวนของบทบาท หรือ การแสดงบทบาทของสมาชิก (Number of role) เป็นการแสดงลักษณะพฤติกรรมภายในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น การแสดงบทบาทของพ่อ แม่ ที่เป็นทั้งผู้สั่งสอน ผู้ดูแล รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูล สมาชิกในครอบครัวให้มีการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในหลายๆด้าน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ ได้เรียนรู้ค่านิยม ความเชื่อถือตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

4.5.2.2 การสื่อสารในครอบครัว (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระและกว้างขวาง

4.5.2.3 การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือในครอบครัว เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพัน รักใคร่ และความอบอุ่นในครอบครัว หรือการแสดงออกถึงความขัดแย้ง

4.5.2.4 การถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิที่ก่อรูปขึ้นเฉพาะกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถจะถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่นได้ง่ายๆ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเป็นรายๆไป ซึ่งเป็นความผูกพันเฉพาะเจาะจง ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

4.5.3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

4.5.3.1 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้แบบสอบถามของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ดัดแปลงมาจาก ซโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์ (2553) และ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) Morrow and Wilson (1961) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ รูปแบบการสื่อสาร โครงสร้างอำนาจ โครงสร้างบทบาท และค่านิยมครอบครัว ลักษณะคำตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ กำหนด คะแนน 4 -1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16 - 64 คะแนน ดังนี้ 38 - 64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี 27 - 37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง 16 - 26 คะแนน

หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555)

4.5.3.2 แบบสอบถามลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (The Family Relationship Characteristics) ซึ่งพัฒนาโดย Tolan, Gorman - Smith, & Henry (CDC, 2005) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 38 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับตามความรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนรวมมากแสดงว่ามีลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับสูง แต่ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่ามีลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับต่ำ ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเท่ากับ .87 (รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2562)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ใช้แบบสอบถามของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ เหมาะสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

4.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบครอบครัวนับเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้นบทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงภายในครอบครัวผู้ที่รับบทบาทในการดูแลอาจจะมีการรับผิดชอบเพียง 1 คนหรือมากกว่านี้แต่สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบ โครงสร้าง บทบาทและกระบวนการดูแล (ชาย โพธิสิตา และ สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2552) จากการศึกษาของ จิตรพร โคตรมหา และคณะ (2564) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับดี ร้อยละ 93.33 และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นคู่สมรส ร้อยละ 55.0 บุตร ร้อยละ 30.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) พบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53.14 (S.D. = 9.86) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด โดยเป็นบุตร ร้อยละ 68 รองลงมาเป็น

สามี/ภรรยา ร้อยละ 23 ทำให้มีความผูกพัน รักใคร่ ประองตองกัน และสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมรับรู้ถึงความรู้สึก สร้างเสริมความรักความอบอุ่น และช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ นพวรรณ ดวงจันทร์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2560) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28; p < .01$)

4.6 การสนับสนุนทางสังคม

4.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแลจากผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยกย่อง การมีคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์อยู่ด้วยในสังคมนั้น

Jacobson (1986) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและการรับรู้ว่าคุณค่า แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการรู้จัก การสนับสนุนด้านวัตถุ

กัญญา คล้ายมาลา (2553) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลหรือเครือข่ายในสังคมได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา ทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ โดยการได้รับความช่วยเหลือ ในด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ การช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

อรรรถกาญจน์ ธนวิสกุล (2556) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ความรู้ที่จำเป็นต่อผู้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจด้วย ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองตรงความต้องการของบุคคลที่รับการสนับสนุน ส่งผลให้เผชิญกับปัญหาได้ทำให้สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4.6.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4.6.2.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) แบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ให้ระบุบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยโดยเลือกจาก 5 แหล่ง คือ 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติใกล้ชิดและคนรับใช้ 2) บุคคลที่ผู้ป่วยได้มาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับยาเคมีบำบัด 3) บุคลากรทางสุขภาพ 4) เพื่อนรวมทั้งเพื่อนบ้าน และ 5) หัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 28 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 12 - 23 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 25 - 48 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับสูง โดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้วิธีของครอนบาคแอลฟาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 นอกจากนั้น สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และ พรพรม รุจีไพโรจน์ (2550) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน และผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

4.6.2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85- Part II) ของ Brandt and Winert (1985, อ้างใน ภัทร อิมโธ 2550) เครื่องมือขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตามโครงสร้างโดย นำไปใช้ในบุคคล อายุ 40 - 70 ปี สุขภาพดี เพศหญิง จำนวน 16 คน ชาย 33 คน วัดการสนับสนุนทางสังคมด้วย PRQ 85: Part II และ Cost and Reciprocity Index (CRI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ได้แบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .85 - .93 (ภัทร อิมโธ 2550)

4.6.2.3 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภรภัทร อิมโธฐ (2550) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึกร่วม ความรู้สึกรัก ความเชื่อถือไว้วางใจและการดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นรูปธรรม หรือเป็นบริการที่ให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อผู้ที่มีความจำเป็นและความต้องการการช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การให้คำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือในการประเมินตนเอง ข้อคำถามมี 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ได้รับมากน้อยเพียงใด ตอนที่ 2 ได้รับจากใครซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ โดยข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดนี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .76 (ภรภัทร อิมโธฐ, 2550)

ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งนำมาดัดแปลงและแปลภาษาไทยโดย ภรภัทร อิมโธฐ (2550) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุม 4 ด้าน ผู้วิจัยสามารถประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลเหมาะสมกับการนำมาประเมินผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลเครือข่ายทางสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข่าวสารข้อมูล ด้านสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียดจากภาวะวิกฤติ มีที่พึ่งในการได้รับคำปรึกษา การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ทรัพยากรที่จำเป็น การบริการทางสังคม ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือ มีที่พึ่งทางใจ มีที่ปรึกษา จะทำให้มีกำลังใจสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) จากการศึกษาของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ คือ การสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .2, p = .000$) และการศึกษาของธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ($r = .94, p < .01$) นอกจากนี้พบการศึกษาของ การ

สนับสนุนทางสังคม จากการศึกษา Ba (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .2, p = .0$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ คือ การสนับสนุนทางสังคม

4.7 รายได้

4.7.1 ความหมายของรายได้

ชลิตพันธ์ บุญมีสุวรรณ (2547) ได้ให้ความหมายของรายได้ หมายถึง เงิน หรือสินทรัพย์ที่วัดมูลค่าได้ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ หรือผลตอบแทนที่ได้รับจากการให้ผู้อื่นใช้สินทรัพย์ หรือ ผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปแบบต่างๆ

พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้ให้ความหมายของรายได้ หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์ที่ได้รับ

ซารวี บุตรบำรุง (2555) ได้ให้ความหมายของรายได้ หมายถึง เงินจากการประกอบอาชีพ อาจอยู่ในรูปของเงินเดือน ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมหรือเงินฝากธนาคาร และเงินกำไรจากการค้าขาย

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า รายได้ หมายถึง เงิน หรือสินทรัพย์ที่วัดมูลค่าได้ หรือผลประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับต่อเดือน

4.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่า รายได้มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต มีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต การมีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความพื้นฐานในชีวิตได้ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ปรับตัวต่อการดูแลผู้รอดชีวิตได้มากกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า รายได้รวมนั้นมีแหล่งที่มาของรายได้หลักและรายได้เสริมที่ต่างกัน และพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลมีรายได้ในระดับสูงขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้น รายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล การปรับตัวเมื่อรับบทบาทผู้ดูแล การดูแลสุขภาพตนเองระหว่างรับบทบาทผู้ดูแล และการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ โดยให้คำแนะนำการดูแลตนเอง แก่ผู้ดูแลในระหว่างที่ดูแลผู้รอดชีวิตฯ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา สะท้อนความคิดและความรู้สึก เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจที่เกิดขึ้น สนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ให้สามารถจัดการและเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังรายละเอียดดังนี้ (นันทกาญจน์ บัณฑิต, ธิภูษิต ศรวิสัย และ เสน่ห์ ชุนแก้ว, 2564)

1. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ โดยแนะนำให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนให้ได้อย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง หรือพยายามหาเวลาผ่อนคลายช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นช่วงกลางวันหรือช่วงเวลาที่ผู้รอดชีวิตฯ มีความต้องการในการดูแลน้อยหรือนอนหลับอยู่ นอนหลับพักผ่อน 10 - 30 นาที ทั้งนี้หากมีผู้ช่วยหรือหากกระทำได้ในแต่ละวันอาจมีการหยุดพักจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ บางเพื่อเป็นการพักผ่อนและความเครียดจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ และเพิ่มพลังงานในชีวิตให้กับตนเอง

2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ควรเน้นย้ำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารให้มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และถูกสุขอนามัย และที่สำคัญ คือ ต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาโดยจัดแบ่งเวลารับประทานอาหารในแต่ละวันให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดูแลผู้รอดชีวิตฯ และผู้ดูแลหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ สุราและสารเสพติดทุกชนิด

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงจิตใจแจ่มใสได้แล่นั้น การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ได้อีกด้วยแต่เนื่องจากผู้ดูแลมักไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายมากนักดังนั้นผู้ดูแลอาจเลือกทำตามความถนัดและเหมาะสม นอกจากนี้ควรหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายตนเองเป็นประจำทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาความเสี่ยงของโรคหรือค้นหาความผิดปกติของร่างกาย อีกทั้งยังช่วยป้องกันเชื้อโรคไปสู่ผู้รอดชีวิตฯ ได้อีกด้วย

4. การป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ จากผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้รอดชีวิตฯ พหุภาพหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทำให้ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือผู้รอดชีวิตฯ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกายได้หรืออาจเกิดจากการใช้ท่าทางในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้รอดชีวิตฯ ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำวิธีในการ

เคลื่อนไหวร่างกายแก่ผู้ดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ทั้งนี้หากพบปัญหาจากการบาดเจ็บมีความรุนแรงควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจและให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

5. การผ่อนคลายความเครียดนอกจากการดูแลสุขภาพทางร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงแล้วสุขภาพทางจิตใจก็นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีนั้นย่อมส่งผลให้สุขภาพร่างกายดีตามมาด้วยเช่นกันอีกทั้งการที่ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีก็ย่อมเป็นผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีตามมาด้วย ทั้งนี้การผ่อนคลายความเครียดนั้นผู้ดูแลควรเลือกตามวิธีที่ตนเองสนใจหรือถนัด

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลในการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระในการให้ความรู้เพื่อช่วยส่งเสริม คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างให้การดูแล ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเต็มศักยภาพ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ นำมาซึ่งลดค่าใช้จ่ายครอบครัวและของโรงพยาบาลรวมถึงภาระของบุคลากรสุขภาพที่ต้องให้การรักษาพยาบาล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

6.1 งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 76.9 และเพศชายร้อยละ 23.1 มีอายุเฉลี่ย 46.1 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 31.2 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 70.8 และสำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลางทุกด้านคิดเป็นร้อยละ 53.5, 50.8, 65.0 และ 86.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม และที่ระดับ $p < .05$ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัวทางกาย และรายได้ โดยร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 44.7

เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และ มณีรัตน์ พรหมณี (2557) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนอรัมย์ จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$ และ $r = .45, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .246, p < .05$)

อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรณา หอมสินธุ์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอยู่ระดับปานกลาง ($M = 68.29, S.D. = 14.90$) ภาวะของญาติผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2_{adj} = .176$) โดยภาวะของญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($\beta = .217, p\text{-value} < .05$) และการมีโรคประจำตัวมีอิทธิพลทางลบ ($\beta = -.342, p\text{-value} < .001$)

นพวรรณ ดวงจันทร์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .28, p < .01$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล และรางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

รัตนาภรณ์ คงคา และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวไทย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 300 คน อายุอยู่ในช่วง 20 -84 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 พบปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล และภาวะการดูแล โดยภาวะการดูแลเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ร้อยละ 64 ($p < .001$)

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

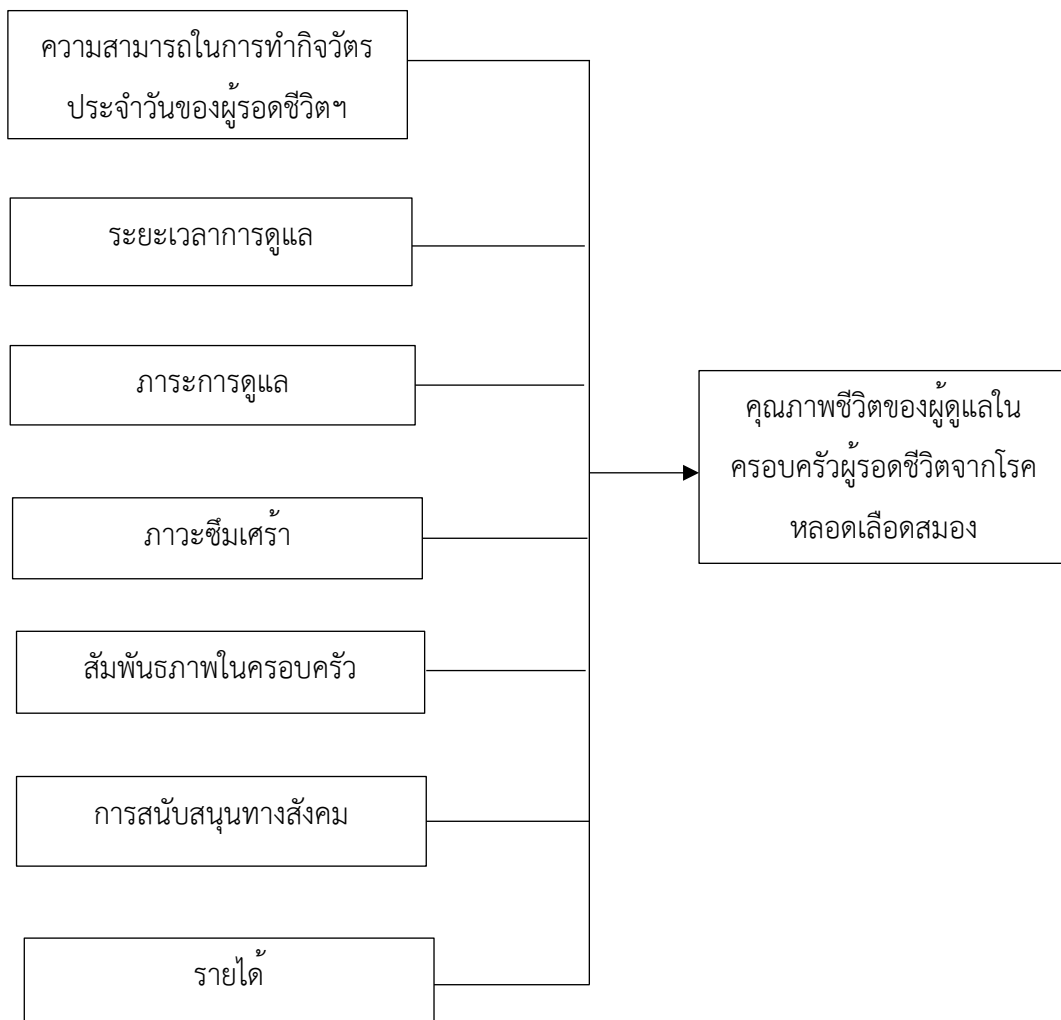
Badaru (2017) ศึกษา Determinants of caregiving burden and quality of life of informal caregivers of African stroke survivors ผลการศึกษาเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกในแอฟริกา จำนวน 8 ราย มีผู้ดูแลผู้รอดชีวิตของผู้หญิง ร้อยละ 55.6 มากกว่าผู้ชาย ปัจจัยกำหนดของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คือ ระยะเวลา ภาระในการดูแล อายุของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ปัจจัยกำหนดภาระการดูแล คือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้รอดชีวิตฯ

Caro (2018) ศึกษา Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients พบว่า ภาระการดูแลของผู้รอดชีวิตฯ โดยใช้แบบประเมิน ZBIS เท่ากับ 29.6 ซึ่งแสดงถึงภาระการดูแลในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตฯ โดยใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF คะแนนโดยเฉลี่ยใน WHOQOL-BREF เท่ากับ 62.06 ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง โดยภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.47; p = .009$) และภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41; p = .023$)

Ba et al. (2022) ศึกษา Factors Explaining Quality of Life among Family Caregivers of People with Stroke in Myanmar ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพทางการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนชั่วโมงดูแลผู้รอดชีวิตฯต่อวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระผู้ดูแล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมคิดเป็นร้อยละ 84 ของความแปรปรวนของ คุณภาพชีวิตที่สูงมาก ภาระการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิต รองลงมาคือการศึกษาและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พยาบาลจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีที่เป็นนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวตามมา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้มาศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล การดูแล การประเมินภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองผู้รอดชีวิตฯ มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนตุลาคม 2566

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Faul et al., 2009) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ทดสอบสมมติฐานทางเดียว (1-tailed test) เมื่อกำหนดขนาดค่าอิทธิพลขนาดกลาง .15 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 โดยมีตัวแปรทำนายจำนวน 7 ตัวแปร คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (De Leeuw, Hox, and Dillman, 2008) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage sampling)

กำหนดโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐในระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่มีแผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) ได้แก่ 1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันประสาทวิทยา 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 3) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามธิบดี 4) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลตากสิน 5) โรงพยาบาลสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สุ่มตามสังกัดมา 2 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sample random sampling without replacement) ได้ 2 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ และสุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sample random sampling without replacement) ได้ 2 โรงพยาบาล ดังนี้

1. สถาบันประสาทวิทยา เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในด้านการศึกษา วิจัย และรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาท และสมอง สามารถให้บริการผู้ป่วยนอกได้เฉลี่ยปีละ 180,000 ราย และผู้ป่วยในได้เฉลี่ย 4,000 ราย มีเตียงที่รองรับผู้ป่วยได้ 300 เตียง

2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ มีขีดความสามารถและความพร้อมในการรักษาขั้นสูงสุด มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ให้การฝึกอบรมและค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์เพื่อสร้างความเป็นเลิศทางวิชาการ สามารถให้บริการผู้ป่วยนอกได้เฉลี่ยปีละ 1.5 ล้านราย และผู้ป่วยในได้เฉลี่ย 45,000 ราย มีเตียงที่รองรับผู้ป่วยได้ 1,500 เตียง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณจากประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในเดือนที่ผ่านมา (กันยายน 2566) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา 450 จำนวน คนต่อเดือน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 300 คนต่อเดือน จากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณ Proportion to size (รุจิเรศ ธนรักษ์ และคณะ, 2543) ดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเดือน (คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
สถาบันประสาทวิทยา	450	72
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	300	48
รวม	750	120

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1 คุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.1 มีอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

3.1.2 เป็นบุคคลที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลัก หากผู้รอดชีวิตฯไม่สามารถระบุได้ให้ถือเอาบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตฯอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3.1.3 ให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เนื่องจากระยะเวลา 1 เดือนนานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3.1.4 สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

3.1.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 คุณสมบัติของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.1 ผู้รอดชีวิตฯ ทั้งเพศชายและเพศหญิง วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีความทุพพลภาพหลงเหลือ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้

3.2.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 30 วัน ถึง 1 ปี นับจากเกิดโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้รอดชีวิตฯที่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่สร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับบุคคลที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน มีทั้งหมด 26 ข้อคำถาม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ข้อ 13, 14, 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางลบ

ตอบ	ไม่เลย	ให้	5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน

ข้อความทางบวก

ตอบ	ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ที่ใช้กันโดยสากล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) มีการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .92

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

กิจกรรมการรับประทานอาหาร มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ต้องมีคนช่วยเหลือ
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	มีคนช่วยเหลือบางส่วน
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้เอง

กิจกรรมการล้างหน้า แปรงฟัน ทวีม (ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) มี 2 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ต้องมีคนช่วยเหลือ
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	ทำได้เอง

กิจกรรมการเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	ต้องการคนช่วยเหลืออย่างมากจึงนั่งได้
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	ต้องการคนช่วยเหลือบ้าง
ระดับที่ 4 ให้	3 คะแนน	หมายถึง	ทำได้เอง

กิจกรรมการใช้ห้องสุขา มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ต้องมีคนช่วยเหลือ
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	มีคนช่วยเหลือบางส่วน
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้เอง

กิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้อง / บ้าน มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยพยุง
ระดับที่ 4 ให้	3 คะแนน	หมายถึง	เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

กิจกรรมการแต่งตัว สวมใส่ หรือ ถอดเสื้อผ้า มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	มีคนช่วยเหลือบางส่วน
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้เอง

กิจกรรมการขึ้นลงบันได 1 ชั้น มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถทำได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	ต้องการคนช่วย
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	ขึ้นลงได้เอง

กิจกรรมการอาบน้ำ มี 2 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	ต้องมีคนช่วยเหลือ
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	อาบน้ำได้เอง

กิจกรรมการกลั่นการถ่ายอุจจาระ (1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	กลั่นไม่ได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	กลั่นไม่ได้บางครั้ง
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	กลั่นได้เป็นปกติ

กิจกรรมการกลั่นปัสสาวะ (1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้	0 คะแนน	หมายถึง	กลั่นไม่ได้
ระดับที่ 2 ให้	1 คะแนน	หมายถึง	กลั่นไม่ได้บางครั้ง
ระดับที่ 3 ให้	2 คะแนน	หมายถึง	กลั่นได้เป็นปกติ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน	หมายถึง	ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด
คะแนนอยู่ในช่วง 5 - 8 คะแนน	หมายถึง	ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก
คะแนนอยู่ในช่วง 9 -11 คะแนน	หมายถึง	ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง
คะแนนมากกว่า 12 คะแนน	หมายถึง	ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน The Zarit Burden Interview (ZBI) พัฒนาจาก Zarit and colleagues ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยอรวรรณ แผนคง (2547) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบหาความเที่ยงของข้อมูลโดย อรวรรณ แผนคง ได้ทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 22 ราย ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งหมด 22 ข้อ

การให้คะแนน

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบ 0	หมายถึง ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย	ให้ 0 คะแนน
ตอบ 1	หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเล็กน้อย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ 2	หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ตอบ 3	หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมาก	ให้ 3 คะแนน
ตอบ 4	หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย
 คะแนนอยู่ในช่วง 21 - 40 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง
 คะแนนอยู่ในช่วง 41 - 60 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับมาก
 คะแนนอยู่ในช่วง 61 - 88 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย Radloff (1977) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ซึมเศร้า ด้านอารมณ์ทางบวก ด้านอาการทางกายและการทำกิจกรรมและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเมินในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การให้คะแนน

คำถามในเชิงลบ ในข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20

- โดยให้คะแนน 0 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น < 1 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 1 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 2 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 3 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5 - 7 วัน ในหนึ่งสัปดาห์

คำถามในเชิงบวก ในข้อ 4, 8, 12 และ 16

- โดยให้คะแนน 3 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น < 1 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 2 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 1 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 0 หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5 - 7 วัน ในหนึ่งสัปดาห์

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้แบบสอบถามของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ดัดแปลงมาจาก ซโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) และ ภรภัทร อิมโอรุ (2550) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริตแมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ รูปแบบการสื่อสาร โครงสร้างอำนาจ โครงสร้างบทบาท และค่านิยมครอบครัว ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 (บุชราคม จิตอารีย์, 2555)

การให้คะแนน

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

- โดยให้คะแนน 1 หมายความว่า ข้อความนั้นไม่เป็นความจริงเลย
 2 หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงบ้างเล็กน้อย
 3 หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงปานกลาง
 4 หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 – 64 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 16 - 26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี

คะแนนอยู่ในช่วง 27 - 37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวระดับกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 38 - 64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้เลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลแปลเป็นภาษาไทยโดย ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ ด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร มีการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .76

การให้คะแนน

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ดังนี้

โดยให้คะแนน	1	หมายความว่า ท่านรับรู้ว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
	2	หมายความว่า ท่านรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนเล็กน้อย
	3	หมายความว่า ท่านรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนปานกลาง
	4	หมายความว่า ท่านรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนมาก
	5	หมายความว่า ท่านรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 18 - 30 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 31 - 60 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 61 - 90 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินการดูแลผู้รอดชีวิตที่บ้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อ

ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และการใช้ภาษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน
- 1.3 พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ไม่น้อยกว่า .80 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Beck, 2003)

- | | |
|-----------|--|
| 1 หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก
จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม |
| 3 หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย
จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม |
| 4 หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |

$$\text{ใช้สูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยได้เพิ่มหัวข้อ โรคประจำตัว / ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน) ผู้วิจัยได้ปรับช่วงรายได้เป็น 10,000 บาท ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
- 2) แบบประเมินภาวะการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับการใช้คำว่า “ผู้ป่วย” แทนญาติของท่าน ในข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เพื่อให้กระชับและสื่อความหมายเข้าใจง่าย
- 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ปรับสำนวนในข้อที่ 4 “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการความไม่สบายใจออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยให้กำลังใจ” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการความเศร้าหรือความไม่สบายใจออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือก็ตาม”

ปรับสำนวนในข้อที่ 8 “ท่านรู้สึกว่าอนาคตยังมีความหวัง” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่ายังมีความหวังเกี่ยวกับอนาคตของท่าน”

ปรับสำนวนในข้อที่ 12 “ท่านมีความสุข” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกมีความสุข”

4) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับสำนวนในข้อคำถามข้อที่ 1, 5, 7, 8, 13 ดังรายละเอียดในหน้าที่ 131 - 132 เพื่อให้กระชับและสื่อความหมายเข้าใจง่ายมากขึ้น

5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับสำนวนในข้อคำถามในข้อที่ 1, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ดังรายละเอียดในหน้าที่ 133 - 136 เพื่อสื่อความหมายเข้าใจง่ายมากขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะการดูแลผู้รอดชีวิตที่บ้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้ (Ty out) กับผู้ดูแลในครอบครัวในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88, .97, .78, .92 และ .97 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 120 คน พบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินภาวะการดูแลผู้รอดชีวิตที่บ้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้เท่ากับ .91, .96, .79, .91 และ .94 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์ค่าแอลฟาครอนบาคที่อยู่ระหว่าง .70 - .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012 อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2564) โดยค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน

แบบประเมิน	ค่าดัชนี ความตรง ตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง	
		ทดลองใช้ (30 ราย)	ใช้จริง (120 ราย)
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	.92	.97	.96
แบบประเมินภาวะการดูแล	.92	.88	.91
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.86	.78	.79
แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว	.92	.92	.91
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.76	.97	.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่สถาบันประสาทวิทยา โดยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากรายงานประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าแต่ละวันก่อนที่ผู้รอดชีวิตฯ จะเข้ารับการรักษาตามนัดจากแพทย์ ซึ่งมีพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกให้คำแนะนำช่วยเหลือในการสำรวจรายชื่อ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยการสอบถามและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ในช่วงเช้านก่อนแพทย์ออกตรวจ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น.

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยเริ่มแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งว่าการศึกษาวินิจฉัยนี้จะเก็บข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลแต่อย่างใด และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล นำผู้ดูแลในครอบครัวไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ อธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม และให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 – 30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลในครอบครัวอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 103 คน และผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามในการประเมิน จำนวน 17 คน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมองเห็นไม่ชัดเจนขณะตอบแบบประเมิน ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาอยู่บริเวณแผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเจ้าหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวก

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากผู้ดูแลในครอบครัวตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวทราบและขอความร่วมมือในการตอบให้เสร็จสมบูรณ์หากผู้ดูแลในครอบครัวยินดีตอบ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2566

2.4 จากการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 120 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาครั้งนี้จะต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากแต่ละโรงพยาบาล คือ สถาบันประสาทวิทยา เอกสารรับรองเลขที่ สธ 0313(13700)/2846 (วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2566) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ COA No.1195/2023 (วันที่รับรอง 11 กันยายน 2566)

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รวมถึงการชี้แจงให้ผู้ดูแลในครอบครัวทราบสิทธิต่างๆ อย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นความลับ

ได้รับการปกปิด ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริงแก่สาธารณชน และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีอิสระเต็มที่ ที่จะตัดสินใจตอบรับการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ ไม่เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกรบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์แต่อย่างใด ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการร่วมเข้าวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตฯ จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้รอดชีวิตฯที่บ้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns & Grove, 2005)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.1 - .29	ต่ำ
.3 - .5	ปานกลาง
.5 ขึ้นไป	สูง

2.2 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาวะการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และ ความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก วัยผู้ใหญ่อายุ 18 – 59 ปี ที่พาผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ณ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมทั้งสิ้นจำนวน 120 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4 - 11

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 12

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 13 - 14

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	83	69.2
ชาย	37	30.8
อายุ (ปี) Minimum = 21, Maximum = 59, Mean = 48.50, S.D. = 8.78		
18 - 29	4	3.3
30 - 44	28	23.3
45 - 59	88	73.3
สถานภาพสมรส		
คู่	86	71.7
โสด	32	26.7
หม้าย	1	.8
หย่า	1	.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	84	70.0
มัธยมศึกษา	13	10.8
ประถมศึกษา	12	10.0
ปริญญาโท	8	6.7
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	1.7
ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้	1	.8
อาชีพ		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	37	30.8
ข้าราชการบำนาญ	21	17.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	17	14.2
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	14	11.7
รับจ้าง	13	10.8
พนักงานบริษัท	12	10.0
เกษตรกร	6	5.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ย ต่อเดือน		
> 25,000 บาท	60	50
15,001 - 25,000 บาท	44	36.7
5,000 - 15,000 บาท	14	11.7
< 5,000 บาท	2	1.60
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	89	74.2
ไม่เพียงพอ	20	16.7
เพียงพอเหลือเก็บ	11	9.2
แหล่งรายได้		
จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว)	97	80.8
บุตร / หลาน	13	10.8
สวัสดิการของรัฐ	6	5.0
สามี / ภรรยา	4	3.3
โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว		
มีโรคประจำตัว	74	61.7
มีโรคประจำตัว 1 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง	15	20.27
ไขมันในเลือดสูง	5	6.75
เบาหวาน	6	8.1
ไทรอยด์	5	6.75
ภูมิแพ้	4	5.4
หลอดเลือดและหัวใจ	3	4.05
ข้อเข่าเสื่อม	1	1.35
มะเร็งเต้านม	1	1.35
เก๊าท์	1	1.35
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ได้แก่		
2 โรค	26	35.1
3 โรค	5	6.75

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4 โรค	1	1.35
5 โรค	1	1.35
ไม่มีโรคประจำตัว	46	38.3
ความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตฯ		
บุตรสาว	32	25.6
บุตรชาย	24	19.2
ภรรยา	24	19.2
สามี	23	18.4
พี่ / น้อง	9	7.5
หลาน	5	4.2
บิดา / มารดา	2	1.7
บุตรเขย	1	.8
ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตฯ (เดือน)		
Minimum = 1, Maximum = 12, Median = 7, Mean = 7.26, S.D. = 3.82		
ระยะเวลาการดูแลผู้รอดชีวิตฯ เฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)		
Minimum = 8, Maximum = 24, Mean = 20.53, S.D. = 5.55		
จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ที่บ้าน ไม่ได้รับค่าตอบแทน)		
มี	82	68.3
ไม่มี	38	31.7

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี (S.D. = 8.78) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ สถานะคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30.8 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 แหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.7 มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 39.2 ระยะเวลาในการดูแล มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 7 เดือน ให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 5.55) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การแรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

คุณภาพชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	\bar{x}	S.D.	$\bar{x}/$ Items	S.D.
ด้านร่างกาย	7 - 35	17 - 35	24.54	3.57	3.50	.51
ด้านจิตใจ	6 - 30	16 - 30	23.67	2.91	3.94	.48
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 15	5 - 15	11.28	1.62	3.76	.54
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 40	14 - 40	29.30	4.95	3.66	.61
คุณภาพชีวิตโดยรวม $\bar{x} = 95.89$ S.D. = 11.48 ระดับปานกลาง						

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.89$, S.D. = 11.48) โดยมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 63 คะแนน และคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 127 คะแนน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านจากค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกายตามลำดับ ($\bar{x} = 3.94$, 3.76, 3.66 และ 3.50 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	0	0
การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	62	51.70
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	58	48.30

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	32	26.7
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	15	12.5
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง	5	4.2
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย	68	56.7
รวม $\bar{x} = 11.70$ S.D. = 7.91		

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก และต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.7, 26.7, 12.5 และ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาระของการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ภาระการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้สึกเป็นภาระระดับเล็กน้อย	65	54.2
มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง	25	20.8
มีความรู้สึกเป็นภาระระดับมาก	24	20
มีความรู้สึกเป็นภาระระดับมากที่สุด	6	5
รวม $\bar{x} = 13.18$ S.D. = 9.09		

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับเล็กน้อย รองลงมามีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.2, 20.8, 20 และ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	106	88.3
มีภาวะซึมเศร้า	14	11.7
รวม $\bar{x} = 10.99$ S.D. = 5.81		

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 88.3 และ 11.7 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 14 คน พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลตนเองและติดตามอาการต่อไป

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

สัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี	0	0
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	6	5
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี	114	95
รวม $\bar{x} = 53.56$ S.D. = 8.4		

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี รองลงมา มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 95 และ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	0	0
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	57	47.5
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	63	52.5
รวม $\bar{x} = 62$ S.D. = 12.32		

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก รองลงมาได้มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ปัจจัย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ	0 - 20	0 - 20	11.70	7.91	ปานกลาง
ระยะเวลาในการดูแล	Mean = 20.53 S.D.= 5.55				
ภาระการดูแล	0 - 48	1 - 37	13.18	9.09	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	0 - 60	4 - 46	10.99	5.81	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
สัมพันธภาพในครอบครัว	1 - 64	29 - 64	53.56	8.40	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	18 - 90	34 - 90	62	12.32	มาก
รายได้	เพียงพอ				

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ต้องการพึ่งพิงผู้ดูแลปานกลาง มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 13.18$, S.D. = 9.09) ระยะเวลาในการดูแลเท่ากับ 20.53 ชั่วโมง/วัน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 10.99$, S.D. = 5.81) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 53.56$, S.D. = 8.40) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 62$, S.D. = 12.32) มีรายได้ในครอบครัวเพียงพอ

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ	1							
2. ระยะเวลาในการดูแล	.05	1						
3. ภาระการดูแล	-.34*	-.06	1					
4. ภาวะซึมเศร้า	-.22*	.16	.41*	1				
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	.24*	.0	-.29*	-.42*	1			
6. การสนับสนุนทางสังคม	.24*	.07	-.20*	-.17	.31*	1		
7. รายได้	.03	-.20*	-.09	-.03	.0	.06	1	
8. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว	.37*	-.06	-.34*	-.35*	.33*	.46*	.10	1

* p < .05

จากตารางที่ 12 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยภาระการดูแล และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = -.34$, $r = -.35$ ตามลำดับ) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สัมพันธภาพในครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = .37$, $r = .33$, และ $r = .46$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการดูแล และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.06$ และ $r = .10$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการการถดถอยค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ($n = 120$)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.22	.21	.22	33.35	<.001
ภาวะซึมเศร้า	.30	.28	.08	13.33	<.001
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ	.34	.33	.04	8.38	.005

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตถูกนำเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 4 (R^2 Change = .04) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .33 ($R^2 = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 33

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n = 120)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	75.69	5.09		14.87	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.34	.07	.37	4.78	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.47	.15	-.24	-3.12	<.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต	.33	.11	.22	2.89	.005

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษาพบว่า สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต โดยที่ภาวะซึมเศร้า แปรผกผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .37 คะแนน การลดลงของภาวะซึมเศร้า 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .24 คะแนน และการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .22 คะแนน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองผู้รอดชีวิตฯ มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยคุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ให้การดูแลผู้รอดชีวิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาภายหลังการเกิดโรคตั้งแต่ 30 วัน ถึง 1 ปี ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .91, .96, .79, .91 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ศึกษาความสามารถของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี (S.D. = 8.78) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือสถานะคู่คิดเป็นร้อยละ 71.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30.8 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 แหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.7 มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 39.2 ระยะเวลาในการดูแล ให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 5.55) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.3

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.89$, S.D. = 11.48) โดยมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 63 คะแนน และคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 127 คะแนน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านจากค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกายตามลำดับ ($\bar{x} = 3.94$, 3.76, 3.66 และ 3.50 ตามลำดับ)

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ต้องการพึ่งพิงผู้ดูแลปานกลาง ($\bar{x} = 11.70$ S.D. = 7.91) มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 13.18$, S.D. = 9.09) ระยะเวลาในการดูแลเท่ากับ 7 เดือน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 10.99$, S.D. = 5.81) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 53.56$, S.D. = 8.40) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 69.10$, S.D. = 11.59) และรายได้ในครอบครัวมากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยภาระการดูแล และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = -.34$, $r = -.35$ ตามลำดับ) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สัมพันธภาพในครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = .37$, $r = .33$, และ $r = .46$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการดูแล และรายได้

ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.06$ และ $r = .10$ ตามลำดับ)

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 33 ($R^2 = .33$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 (S.D. = 11.48) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (ยุทธกรานต์ ชินโสทร, 2559) ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้อุปการะ (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้นี้พบว่า ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 26 - 130 คะแนน ซึ่งหมายถึง ยิ่งคะแนนสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านจากค่าเฉลี่ย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 (S.D. = .51) ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.94 (S.D. = .48) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.76 (S.D. = .54) และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.66 (S.D. = .61) โดยพบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภายหลังจากการเจ็บป่วยผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีความบกพร่องทั้งร่างกาย การรับรู้ และจิตใจแต่จะแตกต่างกันตามตำแหน่งของการขาดเลือดของเนื้อสมอง พบว่าร้อยละ 42.5 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Smajlovic et al., 2006) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หรือการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ เป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและใช้ระยะเวลายาวนาน ซึ่งถ้าผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัว

ต่อการดูแลได้จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา กิ่งมะลิ และคณะ (2561) พบว่าการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากครอบครัวได้พยายามร่วมกันช่วยเหลือพึ่งพากัน มีความสมานสามัคคีระหว่างสมาชิกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวมาแล้วระยะหนึ่งทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี (S.D. = 8.78) ซึ่งวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอย เช่น โรคประจำตัว / ปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 คุณลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี สรรเสริญ (2551) มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ ในฐานะบุตร มีความตั้งใจในการดูแลเนื่องจากการดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ อีกทั้งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูตอบแทนพระคุณบิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญา สามารถศึกษาหาข้อมูล ความรู้ และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ในด้านการประกอบอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30.8 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 แหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ทำให้เกิดความรู้สึกลดท้อภัย ปรับตัวต่อการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ในด้านระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 5.55) สามารถอธิบายได้ว่าการดูแลผู้รอดชีวิตฯ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานในแต่ละวันทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระ เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก ส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน คิดเป็นร้อยละ 68.3 ทำให้ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ มีโอกาสได้พักผ่อน หรือออกไปทำธุระนอกบ้าน ทำให้ลดความตึงเครียดจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ผู้ดูแลในครอบครัวมีที่ปรึกษา สามารถปรับทุกข์ มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธกรานต์ ชินโสตร (2559) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ใช้แบบ

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้นี้ ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางด้านสังคมรวมถึงสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Caro et al. (2018) ศึกษาภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ในประเทศบราซิล พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และภาระการดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Ba et al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่อธิบายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศพม่า ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ดูแลครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ภาระการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิต ร้อยละ 84

จะเห็นได้ว่า ทั้งจากผลการศึกษาครั้งนี้และผลการศึกษาที่ผ่านมา ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวหลากหลายประการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ และส่งผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวตามมา ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากไม่ได้ระบุผลกระทบที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเผชิญในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน จึงควรศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวในแต่ละระยะตลอดการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพผู้ให้การดูแลในการประเมินผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญในแต่ละระยะ ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ศึกษาความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .37$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากผู้รอดชีวิตฯ ส่วนใหญ่มีความทุพพลภาพหลงเหลือ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พุดลำบาก พุดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ เป็นต้น

ผู้รอดชีวิตฯ จึงมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในระยะแรก ต้องมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 26.7 ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 12.5 และต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.2 กล่าวคือ เมื่อระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ อยู่ในระดับสูง หมายความว่าผู้รอดชีวิตฯ สามารถดูแลตนเองได้ดีมีการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวลดลง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือน้อยลง ในทางตรงข้าม เมื่อระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ อยู่ในระดับต่ำซึ่งหมายความว่า ผู้รอดชีวิตฯ ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือสามารถดูแลตนเองได้น้อยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ และ กุลธิดา พานิชกุล, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ (2557) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความต้องการดูแลสูง ระดับการพึ่งพามากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Costa et al. (2016) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตฯ ($r=.23, p=.05$)

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.06 ($r = -0.06$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ก็จะไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด มีความคลุมเครือในบทบาท หรือขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยคุกคามต่อชีวิตตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแล มีเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 5.55) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดหวั่นไหว ความชำนาญ เนื่องจากระยะเวลา ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ คานพแก้ว (2547) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด ซึ่งหมายถึง จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลน้อย ความ

ผาสึกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น และจากการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.08$, $p = .03$)

ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาที่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.8 มีความรู้สึกเป็นภาระมากคิดเป็นร้อยละ 20 และมีความรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5 อธิบายได้ว่า การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมาโดยตลอดเวลานั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวก็อาจจะมีปัญหาของตนในหลายๆ ด้าน และเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าหรือหมดไฟในการดูแลต่อไป (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro et al. (2018) และ Ba et al. (2022) พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุสรณ์ แนนอุดร และคณะ (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารามิบัติ จำนวน 106 คน โดยพบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมาก แต่มีคุณภาพชีวิตดี เนื่องจากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่สูงและมีรายได้มั่นคง และเกือบทั้งหมดมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย โดยจ้างผู้ดูแลมาช่วยเป็นบางเวลา รวมทั้งมีทัศนคติที่ดี รวมถึงการปรับตัว สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.35$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้รอดชีวิตฯ ต้องดูแลผู้รอดชีวิตฯ ที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการติดต่อสื่อสาร บางครั้งมีปัญหาด้านการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ และยังพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอยู่ (นพรัตน์ สวนปาน และคณะ, 2562) ปัญหาความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น มีผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ

ละ 88.3 และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.7 อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มี อาจจะมีการปรับตัวได้ดี และมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ เห็น ได้จากรายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเพียงพอ ของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิดชาย ชยวิทย์ (2559) พบว่าผู้ดูแล ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับแต่เบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ ญาติพี่น้องไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ บาง รายต้องออกจากงานที่ทำประจำทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความเครียดมากจน เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมระดับมากคิดเป็นร้อยละ 52.5 การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็น สมาชิกในครอบครัวและในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และ ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยาก ดูแลผู้รอดชีวิตฯ พอใจที่ได้ดูแล ไม่คิดว่าเป็นภาระในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ (เชิดชาย ชยวิทย์, 2559) ชี้ให้เห็นว่าหากผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลลดลง พบความสัมพันธ์ของภาระการดูแลกับผู้ดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (Denno, et al., 2013)

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .33 ($r = .33$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 39.2 และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดี มีค่า คะแนนเฉลี่ย 53.56 (S.D. = 8.4) อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในฐานะบุตร ทำให้เกิดความเห็นอก เห็นใจ มีความตั้งใจในการดูแลเนื่องจากการดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้ง เป็นการแสดงถึงความกตัญญูตอบแทนพระคุณบิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทของการ เป็นผู้ดูแลได้ (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษยามาส บุศยารัตน์ (2561) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดาของผู้ป่วย ซึ่งในทางพุทธศาสนาเชื่อว่ การให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุพการี ทำให้มีโอกาสดแทนพระคุณของท่าน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ที่ดีที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ, (2560) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$)

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .46$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมากคิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.5 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่หลากหลายและมีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียด ขาดกำลังใจ และท้อแท้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลเครือข่ายทางสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข่าวสารข้อมูล ด้านสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียดจากการดูแลผู้รอดชีวิต การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมทรัพยากรที่จำเป็น การบริการทางสังคม ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือ มีที่พึ่งทางใจ มีที่ปรึกษา ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีกำลังใจสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba et al. (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .2, p = .0$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญฟ้า สีสวย (2550) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ คือ การสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว (2547) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความผาสุกในชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .10 ($r = .10$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่ารายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 และแหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 ทำให้รายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวไม่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้เพราะมีครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล และพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 ทำให้ถึงแม้จะมีรายได้มากหรือน้อย ก็มีความพร้อมในการดูแลบิดา มารดา (อรทัย บุญชูวงศ์, 2560) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่า รายได้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การมีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

3. ศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ โดยร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 33 กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีสภาวะจิตใจที่ดี และระดับต้องการพึ่งพิงผู้ดูแลในครอบครัวเพียงเล็กน้อยมีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลส่งเสริม และพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล และคำปรึกษาแก่ครอบครัวเพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ ที่ดีขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .46, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ ที่ดี ย่อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในทางบวกจะสามารถบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวได้ มีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลเครือข่ายทางสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข่าวสารข้อมูล ด้านสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีที่พึ่งในการได้รับคำปรึกษา การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมทรัพยากรที่จำเป็น การบริการทางสังคม ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือมีที่พึ่งทางใจ มีที่ปรึกษา จะทำให้มีกำลังใจสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) สอดคล้องกับคำนิยามแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างใน ภรภัทร อิมโอส, 2550) หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุน

ทางด้านจิตใจ หรือทางอารมณ์รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหลักค้ำให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและบริการด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยวาลักษณ์ ทวีกสิกรรม, และคณะ (2557) พบว่า การที่ญาติและผู้ดูแลได้มีการพบปะพูดคุยกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน ได้รับข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และมีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการปรับตัวและมีระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นได้

จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยรองที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.28, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี (S.D. = 8.78) ซึ่งวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอย เช่น โรคประจำตัว / ปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลจากความไม่มั่นใจในการดูแลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ ดังนั้นการให้กำลังใจและพร้อมเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Efi et al. (2017) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.59, p < .05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pucciarelli et al. (2019) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.34, p < .05$)

จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ เป็นปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .22, p = .005$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 26.7 ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 12.5 และต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.3 ซึ่งส่งผลดีต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว การมีผู้ดูแลรองช่วยเหลือในการดูแลคอยแบ่งเบาภาระในการดูแลเป็นสิ่งที่จะช่วยลดภาวะตึงเครียด และความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการดูแลผู้รอดชีวิตฯ ได้ (ยุทธกรานต์ ชินโสทร,

2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Freytes et al. (2021) กล่าวว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (all p-values >.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ (2557) ที่พบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูงส่งผลทำให้ดูแลรับรู้ถึงภาระมากขึ้น ระดับการพึ่งพามากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

ดังนั้น ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอน ทำให้ตัวแปร ภาระการดูแลระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ จึงไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 33 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดคุณภาพชีวิตบางส่วนขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ การลดลงภาวะซึมเศร้าจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวการรับรู้และรู้สึกพึงพอใจที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถนำข้อมูลนี้มาต่อยอดในการทำโครงการหรือกิจกรรมในหน่วยระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เช่น การออกแบบชุดคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำแนะนำดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลในครอบครัว การจัดรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ความรู้ตามความต้องการ เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร เช่น การประสานงานขอความร่วมมือในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน โดยแนะนำแหล่งประโยชน์ขอรับการสนับสนุนในพื้นที่ เป็นต้น

ด้านการบริหาร

โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายในการส่งต่อเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในมีการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้เพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่จะเข้ารับช่วงในการดูแลต่อเนื่อง มีศูนย์บริการสาธารณสุข ชุมชนที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การพยาบาลผู้ดูแลในครอบครัว โดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่ผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นการศึกษาจึงไม่ได้อธิบายไปถึงกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองควรมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กณิฐา ต๋วยตา, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, และ ทศนีย์ รวีวารกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 27-42.

กองยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 12 สิงหาคม). สถิติสาธารณสุข.

<https://spd.moph.go.th/public-health-statistics>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562, 27 เมษายน). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.

<http://www.thaincd.com/2016/mission>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 12 สิงหาคม). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

กัญวานไทย ออกตลาด. (2560). ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาล

ห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(3), 231-240

กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พักสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, และ อรพรรณ โตสิงห์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 488-497.

กาญจนา มยุระสุวรรณ และ สุรีพร ธนศิลป์. (2553). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 3(1), 28-39.

จันทนา ชาญประโคน. (2550). *สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

จิตราพร โคตรมหา, จิราพร ผ่านจันทร์, ธัญญาลักษณ์ พรหมรักษา, และ อภิญญา พรหมณีเล็ก.

(2564). การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 4(2), 26-34.

จรรย์นัท ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปติกุลตั้ง, และ กรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 610-619.

ชญัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะใน

- การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 62-75.
- ชโลม วิเศษโกสิน. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชาย โปธิสิตา และ สุชาติ ทวีสิทธิ์. (2552). ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นชม ซื่อลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(1), 97-111.
- เชิดชาย ชยวิทย์. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 14-27.
- ณัฐธิดา คุ่มรอด. (2560). ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2).
- ธวัชชัย วรพงษ์, วงเดือน บันดี, และ สมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.
- ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนบัณฑิต วิทยาลัย], มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 42(2), 37-48.
- นพรัตน์ สวนปาน, แสงทอง อีระทองคำ, และ สมนึก สกกุลหงส์โสภณ. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 133-148.
- นพวรรณ ดวงจันทร์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลรางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(2), 65-70.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก

- โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อ บริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 22(1), 65-80.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิณัฐ ศรีวิสัย, และ เสน่ห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล สู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 47-61.
- นิพร ชัดตา, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 108-112.
- บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และ กัญญารัตน์ คำจูน. (2551). ความ น่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 841-851.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปวีณา ยศสุรินทร์, พักตร์วิภา ตันเจริญ, และ ณิชฐชญาดา ราชวัง. (2563). การดูแลที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(2), 132-141.
- พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน. (2566, 22 มกราคม). ระบบค้นหาคำศัพท์.
<https://dictionary.orst.go.th>.
- พรชัย จุลเมตต์ และ สายใจ พัวพันธ์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 52-58.
- พรพรหม รุจีไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทาง สังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์], มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ เจริญผล. (2555). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน*. สำนักพิมพ์ สระบุรี.
- พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของ สมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 36-43.
- ไพรินทร์ พัสดู. (2563). บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 60-67.

- เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรภัทร อิมโอส. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ยุทธกรานต์ ชินโสตร. (2559). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 140-149.
- ยุพาพิน สิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติเวชสาร*, 20 (1), 41-46.
- เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และ มณีรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(2), 104-110.
- รถศุคนธ์ เจืออุบลมัย. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์], มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รจน์ เพ็งแก้ว. (2551). *การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูงบัณฑิตวิทยาลัย], มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รังษิยา เชื้อเจ็ดตน และ เดชา ทำดี. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Associated Medical Sciences*, 50(3), 597-604.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). ญาติผู้ดูแล : ชุมพลังที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3). 1-13.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งฤดี วงศ์ชุม. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตรกับพฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 8-15.
- วรารณณ์ คำรศ และ ทศพร เอกปรีชากุล. (2562). โรคหลอดเลือดสมองปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 1(5). 473-487.
- วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน, และ รัชณี นามจันทร์. (2561). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *ยลนฤตา หล้าธรรม (บ.ก.), การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา*

- ครั้งที่ 13 (น. 3180-3191). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วิมสรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. *วารสารพยาบาล*, 44(2), 88-89.
- ศิริอร สีนุ, รสสุคนธ์ วาริทสกุล, และ อรวมน ศรียุคตสุทธ. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 84-92.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2555). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563, 30 พฤศจิกายน). โครงสร้างประชากรไทย. <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และ พรรณวดี พุทธวัฒน์. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษ์. (2565). *โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ จริญญา วิรุฬราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง: การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 21(3), 80-93.
- สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์ และ กุลธิดา พานิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 32(2), 68-80.
- สุปรिता มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 84-101.
- สุรีพร ธนศิลป์. (2556). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ใหญ่ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. ใน สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง* (น. 119 -163). โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมณฑา มั่งมี. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และ*

ความสามารถในการคาดการณ์ในการดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ], มหาลัทยมหิตล.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยา แห่งประเทศไทย*, 39(2), 39-46.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษา ความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์: การศึกษาเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ. 2554-2555 อัตราต่อแสนประชากร. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ

ศิริพันธ์ุ สาสัติย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธ์ุ สาสัติย์. (2555). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกัน คุณภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์มาตรฐานและรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ. (2557, 27 เมษายน). *เกณฑ์การแบ่งระดับสถาน บริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สนเทศ (Geographic Information System: GIS)*. <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>

อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*. 30(1). 47-61.

อริญาพร จันทร์หาสินธุ์. (2560). การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรรถกาญจน์ ธนทวีสกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ญัฐภัสสร์ นวลสีทอง, ฌมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, และ ฐาติมา เพชรน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 70(2), 20-27.

ภาษาอังกฤษ

- American Stroke Association. (2021, August 22). *Heart Disease and Stroke Statistics Ar-a-Glance*. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161>
- Aked, J., Delavaran, H., Arne., G., & Lindgren. (2021). Survival, causes of death and recurrence up to 3 years after stroke: A population-based study. *Eur J Neurol*, 28(2), 4060-4065. <https://doi.org/10.1111/ene.15041>
- Alnazly, E. K., & Samara, N. A. (2014). The burden on caregivers of patients above 65 years old receiving hemodialysis: A qualitative study. *Health Care Current Review*, 2(1), 1-6.
- Alquwez, N., Abdulrahman M., & Alshahrani, M. (2021). Influence of Spiritual Coping and Social Support on the Mental Health and Quality of Life of the Saudi Informal Caregivers of Patients with Stroke. *Journal of Religion and Health*, 60(4), 787-803. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01081>
- Ba, M.S., Monkong,S. Leelacharas, S., Satitvipawee, P. (2020). Factors Explaining Quality of Life among Family Caregivers of People with Stroke in Myanmar: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 26(2), 355-369.
- Badaru, Umaru M., Ogwumike, Omoyemi, O., Adeniyi, Ade, F. & Nelson, E. (2017). Determinants of caregiving burden and quality of life of informal caregivers of African stroke survivors. *Int J Disabil Hum Dev*, 16(3), 215-224.
- Balhara YP, Verma R, Sharma S, Mathur S. (2012). A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. *J Midlife Health*, 3(1),31-5.
- Beeber, L. S. (1987). *The relationship of self-esteem, social support, and depressive symptoms in women* [Unpublished Dissertation]. The University of Rochester, Rochester.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Bertram, M. Y., Katzenellenbogen, J., Vos, T., Bradshaw, D., and Hofman, K. J. (2013). The disability adjusted life years due to stroke in South Africa in 2008. *International Journal of Stroke*, 8(3), 76-80.
- Butsing, N., Mawn, B., Suwannapong, N., Tipayamongkholgul, M. (2018). Long-term survival of ischemic and hemorrhagic stroke patients: an analysis of National Thai Data. *J Trop Med Public Health*, 49(2), 322-330.

- Crandall RC. (1980). *A behavioral science approach*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Camila Caminha Caro, J. D. C., D. M. C., & Da Cruz. (2018). Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(5), 154-171. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>
- Carla, C. B. K., Bierhalsa, G. L., Lisiane, M. G., Paskulinc. (2019). Quality of life perceptions of family caregivers of older adults stroke survivors: A longitudinal study. *Applied Nursing Research*, 47(4), 57-62.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden; A concept analysis, *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 34(1), 300-314.
- Cowey, E., Schichtel, M., Cheyne, J. D., Tweedie, L., Lehman, R., Melifonwu, R., Mead, G. E. (2021). Palliative care after stroke: A review. *International Journal of Stroke*, 16(2), 632-639. <https://doi.org/10.1177/17474930211016603>
- Denno, M.S., Gillard, P.J., Graham, G.D., DiBonaventura, M.D., Goren, A., Varon, S.F., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(9), 1731-1736.
- Dzevdet, S., Biljana, K., & Osman, S. (2006). Five-year survival-after first-ever stroke. *Bosn J Basic Med Sci*. 6(3), 17-22. doi10.17305/bjbms.2006.3138.
- Efi, E., Fani, K., Eleni, T., Stylianos, K., Vassilios, K., Konstantinos, B., Chrysoula, L. & Kyriaki, E. (2017). Quality of Life and Psychological Distress of Caregivers of Stroke People. *Acta Neurol Taiwan*, 26(3), 154-166.
- Eli, K. (2004). *The lived experience of stroke survivors Indonesia* [Master's Thesis Department of Nursing Graduate School]. Songkla University.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of life index: Development and Psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Ferrell, B. R., Hassey Dow, K., & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life

- in cancer survivors. *Quality of life research*, 4(6), 523 -531.
- Freytes, I. M., Sullivan, M., Schmitzberger, M., LeLaurin, J., Orozco, T., Eliazar-Macke, N., Uphold, C. (2021). Types of stroke-related deficits and their impact on family caregiver's depressive symptoms, burden, and quality of life. *Disability and Health Journal*, 14(5), 1-7.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment*. New York: Appleton Century Crofts.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide And reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Han, B., & Haley, W. E. (1999). Family Caregiving for Patients with Stroke. *American Heart Association*, 30(7), 1478 - 1485.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., Burvill, P. W., Anderson, C. S., and Stewart-Wynne, E. G. (2000). Five-year survival after first- year Stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, 31(9), 2080-2086.
- Horowitz, A. (1985). *Family caregiving to the frail elderly Annual Review Gerontology Geriatrics*, 194-246, New York: Springer Publishing.
- Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, 27, 250-264.
- Khampolsiri, T. (2006). *A Home-based nursing intervention program for enhancing quality of life of stroke survivors* [Doctoral dissertation Department of Nursing Graduate School]. Chaing Mai University.
- Kongkar, K., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., Dajpratham, K., & Orathai, P. (2019). The Determinants of Quality of Life in Thai Family Caregivers of Stroke Survivors. *Siriraj Medical Journal*, 71(2), 290-296.
- Long, N., Wanpen Pinyopasakul, Kanaungnit Pongthavornkamol, Rungnapa, & Panitrat. (2019). Factors predicting the health status of caregivers of stroke survivors: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*, 21(2), 262-268.
- Muhrodji, P., Wicaksono, HAD., Satiti, S., Trisnantoro. L., Setyopranoto, I., Vidyanti, AN. (2022). Roles and Problems of Stroke Caregivers: A Qualitative Study in Yogyakarta, Indonesia. *F1000Research*, 31(10), 1-10.

- Morrow, W. R., Wilson, & R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under achieving high school boys. *Child Development*, 32(2), 501-510. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.1961.tb05046.x>
- Nijasri C Suwanwela. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke*, 16(1), 1-7.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concept of Practice* (4th ed.). St Louis: Mosby Year Book.
- Pawapaiboon, K. (2003). *Psychological self-care behavior, hope, and social Support among the elderly in Ratchaburi province* [Master of Nursing Science Psychiatric-Mental Health Nursing]. Mahidol University.
- Periard, M. E., Ames, & B. D. (1993). Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health Nursing*, 10(4), 252-256.
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *The Journals of Gerontology*, 39(2), 230-239.
- Pucciarelli, G., Christopher, S., Karen, S., Lyons, Simeone, S., Alvaro, R., Ercole, & Vellone, (2019). Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes: A Growth Mixture Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 15(1), 65-69.
- Puymbroeck, M.V., & Rittman, M.R. (2005). Quality of life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(3), 747-760.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1(3), 385-401.
- Reimer, W.J., Scholte, R.J., Rijnders, P.T., Limburg, M., Bos, G.A. (1999). Unmet care demands as perceived by stroke patients: deficits in health care. *Qual Health Care*, 8(1), 30-5.
- Robinson, C. & Stalker, K. (1993). Patterns of provision of respite care and the Children Act. *British Journal of Social Work*, 23, 45-63.
- Salee Chalermwannapong. (2009). *Effects of the transitional care program On functional ability and quality of life of stroke survivors* [Doctoral Dissertation Department of Nursing Graduate School]. Chaing Mai University.
- Saricam, G., Akdogan, D. & Kahveci, K. (2019). Palliative care after stroke. *Acta*

- Neurologica Belgica*, 19(1), 69-75.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function support. *J Behav Med*, 4(4), 381-406.
- Serenella Savini. (2014). Quality of life in stroke survivor–caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. *John Wiley & Sons Ltd*, 71(3), 676-679. <https://doi.org/10.1111/jan.12524>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, & K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of life research*, 13(2), 299-310.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistic*. Boston: Pearson Education.
- Takashi, N., Michael, J., Carthy, M., Ono-Kihara, M., Kihara, M. & Nakayama, T. (2022). Disagreement about perceptions of patient disability between the Stroke patient and caregiver: a cross sectional study exploring the association to patient and caregiver quality of life. *Aging & Mental Health*, 13(2), 1729-1737.
- Tsai, Y.H., Lou, M.F., Feng, T.H., Chu, T.L., Chen, Y.G., Erh & Liu. (2018). Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology*, 18(3), 2-9.
- World Health Organization. (1997). Measuring Quality of Life. Retrieved 12 August 2022, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2012). Measuring Quality of Life. Retrieved 12 February 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO>.
- World Stroke Organization. (2022). Impact of Stroke. Retrieved 12 February 2023, from www.world-stroke.org.
- Yeung, S.M., Wong, F.K.Y., Mok, E. (2011) *Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home*. *J Adv Nurs*. 67(11), 2394-2405.
- Yu, Y., Hu, J., Efirid, J.T. and McCoy, T.P. (2013), Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *J Clin Nurs*, 22: 2160-2171.

Zarit, S.H., Todd, P.A., Zarit, & J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wife as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26(2), 260-266.

Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. *J Adv Nurs*, 17(7),795-800.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ธนบูรณ์ วรกีจธำรงค์ชัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาประสาทวิทยาและอนุสาขารังสีร่วมรักษา ระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา
2. พว. ชัยยุทธ โคตะรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา
3. พว. จินดาพร บุรานอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี
4. อาจารย์ ดร. นิภาพร บุตรสิงห์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. ไพรินทร์ พัสตุ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ที่ อว ๖๔.๓๑/๐๐๖๐๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคลมหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| ๑. นายแพทย์ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| ๒. พว. ชัยยุทธ โคตะรักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

นายแพทย์ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย และ พว. ชัยยุทธ โคตะรักษ์
โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๕
นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู โทร. ๐๙-๑๔๑๕-๙๕๖๒

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พว. จินตพร บุรานอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิชิต์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

พว. จินตพร บุรานอก

โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๓๓๓, ๐๘-๑๘๘๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๓๕๕

นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู โทร. ๐๘-๑๔๑๕-๙๔๖๒

ที่ อว ๖๔.๑๓/ ๐๐๖๑๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๓๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.นิภาพร บุตรสิงห์ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.นิภาพร บุตรสิงห์

โทร. ๐๒-๒๑๔๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๔๘-๑๑๕๕

นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู โทร. ๐๙-๑๔๑๕-๙๔๖๒

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๖๑๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ไพรินทร์ พัสตุ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภักดิ์ อุทิต์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนผู้อำนวยการอาจารย์ที่ปรึกษานิสิต

อาจารย์ ดร.ไพรินทร์ พัสตุ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู โทร. ๐๙-๑๔๑๕-๙๔๖๒

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ สธ ๐๓๑๗/ ๗๒๗๕



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๘๔๖ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียด
ของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ซึ่งเป็นคณะกรรมการประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณา
โครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ 66045

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจาก
โรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียด
ในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยฯ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๘๔๖ ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณินทร์ เวชากินันท์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๔๘๔๔ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

ที่ สธ ๐๓๑๗/๑๒๗๕



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๘๔๖ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียด
ของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ซึ่งเป็นคณะกรรมการประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณา
โครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ 66045

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจาก
โรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียด
ในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยฯ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๘๔๖ ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณินทร์ เวชากินันท์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๔๘๔๔ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

ที่ สธ ๐๓๓๓ (๓๓๓๐๐)/๒๕๕๖



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง รับรองให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

เรียน นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๓๑๒/๒๕๖๖

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ	66045
ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
รายการเอกสารที่พิจารณา	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.0, Date: 6-June-2023 2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย Version 2.0, Date: 6-June-2023 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version 1.0, Date: 12-May-2023 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version 2.0, Date: 6-June-2023 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย Version 2.0 Date: 27.07.2565 -น.ส.นิภาภรณ์ เทียงหนู -รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ -พว.ชัยยุทธ โคตะรักษ์ 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี Version 1.0, Date: 12-May-2023 -น.ส.นิภาภรณ์ เทียงหนู -รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ -พว.ชัยยุทธ โคตะรักษ์

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน
(Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา ในวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๖
และมีมติรับรองให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการ
การรับรอง คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ "ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล
ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้น
โดยตรง" โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง
ได้แก่

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัย
ต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๒. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ทั้งในและนอกสถาบันประสาทวิทยา
ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย

๒/๔. เมื่อ...

๔. เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในสถาบัน ผู้วิจัยต้องรายงานต่อคณะกรรมการฯ ทันที ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากผู้วิจัยทราบเหตุการณ์
 ๕. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
 ๖. ผู้วิจัยต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยที่ระยะเวลา ๑๒ เดือน นับจากวันที่ได้รับการรับรอง หรือรายงาน ณ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๗
 ๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรอง ก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)
 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
 ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
 โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๒
 โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๐๕๗



COA No. 1195/2023

IRB No. 0459/66

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งด่วน

(COA No. 1195/2023)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 22 สิงหาคม 2566
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 31 พฤษภาคม 2566
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1 Date 31 พฤษภาคม 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 31/05/2566
5. แบบสอบถาม Version 1, Date 31 พฤษภาคม 2566
6. Poster Version 2 Date 11/09/66

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู
สถานศึกษาของผู้วิจัย	นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 091-415-9462 E-mail: chompoo6433@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทและสมองที่เป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิด ภายหลังจากการรักษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความทุพพลภาพขั้นรุนแรงและความสามารถในการทำหน้าที่ทำกิจวัตรประจำวันลดลงและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การดำเนินการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทันทีและในระยะยาวเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิต การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและใช้ระยะเวลายาวนาน การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะทุพพลภาพทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ การดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อที่จะนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว พฤติกรรมการดูแล และประสิทธิภาพในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ การดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. หลังจากที่ท่านได้รับทราบรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะขอなた่านไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ เพื่อให้ตอบแบบสอบถามในการวิจัยทั้งหมด 7 ส่วน
2. ให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตฯ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม หากมีข้อสงสัยท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ท่านมองเห็นไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะเป็นผู้ซักถามท่านด้วยตนเอง ทั้งนี้ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม ที่ไม่ต้องการตอบก็ได้ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกายของท่าน แต่อาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับผลประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้ จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปประเมินปัญหาวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาโรคของผู้ป่วยที่ท่านพามาตรวจแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม และขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ท่านทำ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติมและจะถูกทำลายอย่างมีขั้นตอน

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๐๒-๒๕๖-๔๔๖๓
 ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๕๐ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖
 เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 เลขรับที่: 2146
 วันที่: 17 ก.ย. 66 เวลา 08:35

ตามหนังสือ ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๔๐๗ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ของนางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ตั้งรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อพัฒนาวิทยานิพนธ์ฯ เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)
 รองคณบดีฝ่ายบริหาร
 ปฏิบัติการแทนคณบดี

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบและสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป

18 กันยายน 2566 เวลา 09:15

18 กันยายน 2566 เวลา 09:56

รับทราบและแจ้งนิสิตทราบ
 เพื่อดำเนินการต่อไป

18 กันยายน 2566



ที่ อว ๘๑๓๗/๙๕๒

มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๔๑๘ ลงวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามที่นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” ของคุณอรพรรณ แพนคง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๔๗ เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ตามความทราบแล้วนั้น

ในกรณีนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ซึ่งสามารถประสานงานขอเครื่องมือวิจัยฉบับเต็มได้ที่เจ้าของเครื่องมือวิจัย และขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail:grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุชรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗, ๐๖ ๕๘๕๓ ๘๒๗๐

อีเมลล์ grd.buu@go.buu.ac.th

บ้านเลขที่ 291 ซอย 9 ศรีบุญเรือง
ถนนโชตนา ต.แม่สา อ.แมริม เชียงใหม่

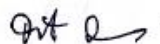
7 กันยายน 2566

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตให้ นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิต
ชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) เป็น
เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง
เลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ นั้น ผมมีความยินดี อนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.วิชชัย วงทองธร)



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ตู้ ปณ. ๓๓ ปณณ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๓๘-๘๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๔๒๗-๔๕๐๐
ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์ วิทยาการสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ๓๒๘ ถนนพญาไท เขตวราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๕๔-๖๐๘๔ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๖๐๘๔
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
 P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3438-8355 FAX. 66-3427-4500 E-mail : christian@christin.ac.th

ที่ ม.คต.27 / 131๗ /2566

วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ อว 64.11/00417 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือวิจัย ของนางสาวมารภัทร อิมโฆษฐ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" ของ นางสาวมารภัทร อิมโฆษฐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ. 2550 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พิจารณาแล้วอนุญาตให้ นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและขอให้ผู้วิจัย กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย และส่งหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งชำระค่าลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 300 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่บัญชี 404-052839-7 และขอความกรุณาสำเนาแจ้งการชำระดังกล่าวกลับมายัง สำนักบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งเวช)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

อีเมล kumhak47@gmail.com โทรศัพท์ 034 388-555 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3427-4500



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิคริสตจักรในประเทศไทย
 ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๓๔-๘๘๕๕ โทรสาร ๐-๓๔๒๗-๘๕๐๐
ศูนย์ศึกษาศยามคอมเพล็กซ์ วิทยาเขตนครศรีธรรมราช ประเทศไทย
 ๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร. ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๘
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
 P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3438-8555 FAX. 66-3427-4500 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.ศต.27 / 1916 /2566

วันที่ ๒ พฤษภาคม พ.ศ. 2566

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ อว 64.11/00417 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือวิจัย ของนางบุษราคัม จิตอารีย์ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามวิจัย คือ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม" ของ นางบุษราคัม จิตอารีย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ. 2555 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและขอให้ผู้วิจัย กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย และส่งหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งชำระค่าลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 300 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่บัญชี 404-052839-7 และขอความกรุณาสำเนาแจ้งการชำระดังกล่าวกลับมาที่ สำนักบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดร. ศศิธร รุ่งเรือง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งเรือง)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุณวรินทร์ เขียมทองคำ)

อีเมล kumhak47@gmail.com โทรศัพท์ 034 388-555 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3427-4500

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ชุด ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิต
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัว
- ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู (ผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	...					
3	...					
4	...					
5	...					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี เพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลาย ลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการ มีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับ ใด					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้สอบถามถึงภาวะการดูแลญาติของท่านซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ประจำ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกือบทุกวัน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้หลายๆ ครั้งต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณสัปดาห์ละครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

หัวข้อการประเมิน	ระดับความรู้สึก				
	ประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มีเลย
1. ท่านรู้สึกว่ามีเวลาเป็นของตัวเอง					
2. ท่านรู้สึกว่าการดูแลเป็นความรับผิดชอบอย่างมาก					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้					
4. ...					
5. ...					
6. ...					
18. ...					
19. ...					
20. ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของครอบครัวและเพื่อน					
21. ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของท่าน					
22. ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแล ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับมากที่สุด

กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยเมื่ออยู่ต่อหน้า (3ระดับ)	0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กไว้ให้ล่วงหน้า 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ	
2. ...		
3. ...		
4. ...		
5. ...		
6. ...		
7. ...		
8. ...		
9. ...		
10. การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (3ระดับ)	0 คะแนน กลืนไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 คะแนน ไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2 คะแนน กลืนได้เป็นปกติ	

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านอย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด โดยท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น

ไม่เลย	หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น < 1 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายความว่า มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5 - 7 วัน ในหนึ่งสัปดาห์

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง	ค่อนข้าง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เลย
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกเศร้าหดหูใจ				
4. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการความเศร้าหรือความไม่สบายใจออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
5. ท่านรู้สึกตนเองมีความดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
6. ท่านรู้สึกลำบากในการตัดสินใจเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
7. ท่านรู้สึกว่าทุกสิ่งที่ท่านกระทำ ท่านสิ้นใจทำ				
8. ท่านรู้สึกว่ายังมีความหวังเกี่ยวกับอนาคตของท่าน				
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนไม่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ				
12. ท่านรู้สึกมีความสุข				
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ				
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร				
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ท่านมักรองไห้เสียใจกับชีวิตของตัวเอง				

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง (5-7 วัน/ สัปดาห์)	ค่อนข้าง บ่อย (3-4 วัน/ สัปดาห์)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ไม่ เลย
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ท่านรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				



ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านเป็นส่วนมาก
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านเล็กน้อย
ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลย

สัมพันธภาพในครอบครัว	จริงมากที่สุด (4)	จริงปานกลาง (3)	จริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร				
2. เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว				
3. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่าน				
4. ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ				
5. ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกร่วมกัน				
6. ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน				
7. เมื่อมีโอกาสท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยยกย่องกันเสมอ				
8. สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ/อยากไป				

สัมพันธภาพในครอบครัว	จริงมากที่สุด (4)	จริงปานกลาง (3)	จริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
9. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทางคำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม				
10. ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน				
11. ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน				
12. สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว				
13. การทำกิจกรรมใด ๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกันเสมอ				
14. เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกัน เป็นเรื่องที่ยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่านกับครอบครัวโดยไม่เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง				
15. ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน				
16. เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกัน ท่านและครอบครัวร่วมกันหาทางออกโดยสันติวิธี				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจาก “สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข” โปรดพิจารณา แต่ละข้อคำถาม โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
ด้านอารมณ์ 1. มีคนมาเยี่ยมท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย						สมาชิกในครอบครัว ระบุ ญาติ ระบุ เพื่อน พยาบาล แพทย์ อื่นๆ ระบุ
2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย						
3. มีคนคอยสอบถามหรือแสดงความเห็นใจท่านในการดูแลผู้ป่วย						
4. มีผู้รับฟังท่านเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย						

ข้อความคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
5. มีคนยกย่องและชื่นชมท่าน ที่ให้การดูแลผู้ป่วย						
ด้านการประเมิน 6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็น แบบอย่างที่ดีของสังคม						สมาชิกใน ครอบครัว ระบุ ญาติ ระบุ เพื่อน พยาบาล แพทย์ อื่นๆ ระบุ
7. มีผู้แนะนำและตักเตือน ท่านเมื่อท่านทำไม่ถูกต้องใน การดูแลผู้ป่วย						
8. มีคนให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ ดีกว่าผู้อื่น						
การสนับสนุนทางสังคมด้าน ข้อมูล 9. มีคนให้ข้อมูล/ความรู้แก่ ท่านเกี่ยวกับโรคและการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่						สมาชิกใน ครอบครัว ระบุ ญาติ ระบุ เพื่อน พยาบาล แพทย์ อื่นๆ ระบุ

ข้อความคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
10. มีคนที่สามารถให้ความรู้แก่ท่านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่						
11. มีคนที่สามารถให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่						
12. มีคนที่สามารถให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย						
13. มีคนให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆแก่ท่าน						
การสนับสนุนด้านทรัพยากร 14. มีคนช่วยเหลือเรื่องการเงินและค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย						สมาชิกในครอบครัว ระบุ ญาติ ระบุ เพื่อน พยาบาล แพทย์ อื่นๆ ระบุ

ข้อความ	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
15. มีคนให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย						
17. มีคนช่วยเหลือแบ่งเบาภาระท่านในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย						
16. มีคนที่สามารถดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อท่านต้องไปทำธุระนอกบ้าน						
18. มีคนช่วยเหลือท่านในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย (เพื่อความสะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย)						



ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	0	0
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	57	47.5
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	63	52.5
รวม $\bar{x} = 62$ S.D. = 12.32		

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	S.D.	ระดับการสนับสนุน
ด้านอารมณ์	3.75	.82	มาก
ด้านการประเมิน	3.68	.80	มาก
ด้านข้อมูล	3.17	.77	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	3.20	.83	ปานกลาง
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม $\bar{x} = 62$ S.D. = 12.32			มาก

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้านตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 3.75$ S.D. = .82) และด้านการประเมิน ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .80) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านข้อมูล ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = .77) และด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = .83)

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมในที่นี้สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n=120)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอารมณ์		
ญาติ	104	88.3
เพื่อน	74	61.7
สมาชิกในครอบครัว	36	30.0
พยาบาล	3	2.5
แพทย์	3	2.5
ด้านการประเมิน		
เพื่อน	84	70.0
ญาติ	55	45.8
สมาชิกในครอบครัว	12	10.0
พยาบาล	8	6.7
แพทย์	5	4.2
ด้านข้อมูล		
แพทย์	64	53.3
พยาบาล	48	40.0
เพื่อน	29	24.2
ญาติ	14	11.7
สมาชิกในครอบครัว	10	8.2
เจ้าหน้าที่ รพสต.	11	9.2
อ่านหนังสือ / อินเทอร์เน็ต	6	5.0
ด้านทรัพยากร		
สมาชิกในครอบครัว	71	59.1
ญาติ	70	58.3
เพื่อน	10	8.3
พยาบาล	2	1.7
แพทย์	2	1.7
องค์การบริหารส่วนตำบล	28	24.2

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุดจากญาติร้อยละ 88.3 รองลงมาคือจากเพื่อนร้อยละ 61.7 และมีส่วนน้อยเพียงร้อยละ 2.5 ที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านการประเมินได้รับจากเพื่อนมากที่สุดร้อยละ 70 รองลงมาคือจากญาติร้อยละ 45.8 และส่วนน้อยที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลร้อยละ 4.2 และ 6.7 ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลได้รับจากแพทย์มากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมาคือพยาบาลร้อยละ 40.0 และจากเพื่อนร้อยละ 24.2 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากรได้รับจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 59.1 รองลงมาคือญาติ ร้อยละ 58.3 และมีอยู่ร้อยละ 24.2 ที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล



ภาคผนวก จ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

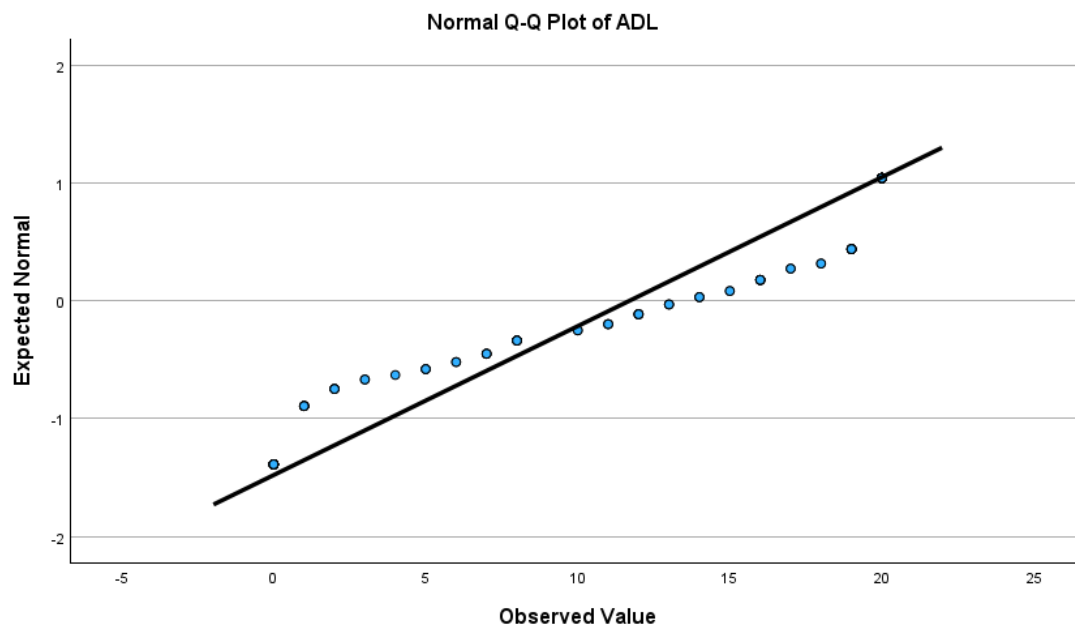
1. การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality Test) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test จากตาราง ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ และคุณภาพชีวิต มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ระยะเวลา	.135	120	<.001	.900	120	<.001
Income	.314	120	<.001	.756	120	<.001
Burden	.178	120	<.001	.911	120	<.001
ADL	.189	120	<.001	.831	120	<.001
CESD	.215	120	<.001	.726	120	<.001
Relation	.159	120	<.001	.925	120	<.001
Social	.090	120	.018	.971	120	.010

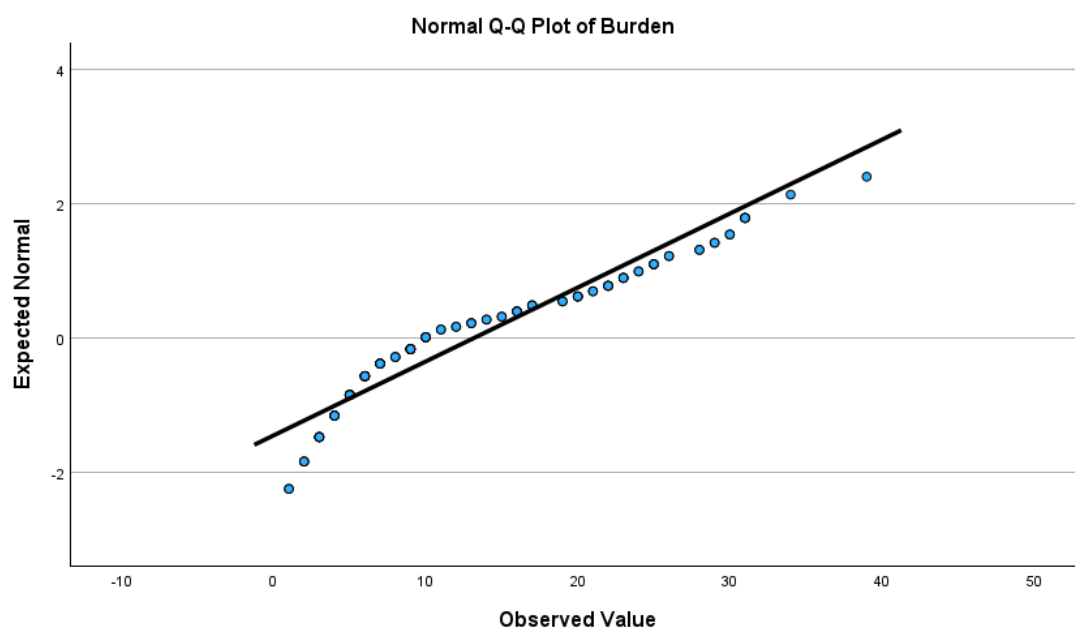
a. Lilliefors Significance Correction

2. การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality Test) โดยการนำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทดสอบด้วยวิธี Q-Q Plot is diagonal straight line ได้แก่

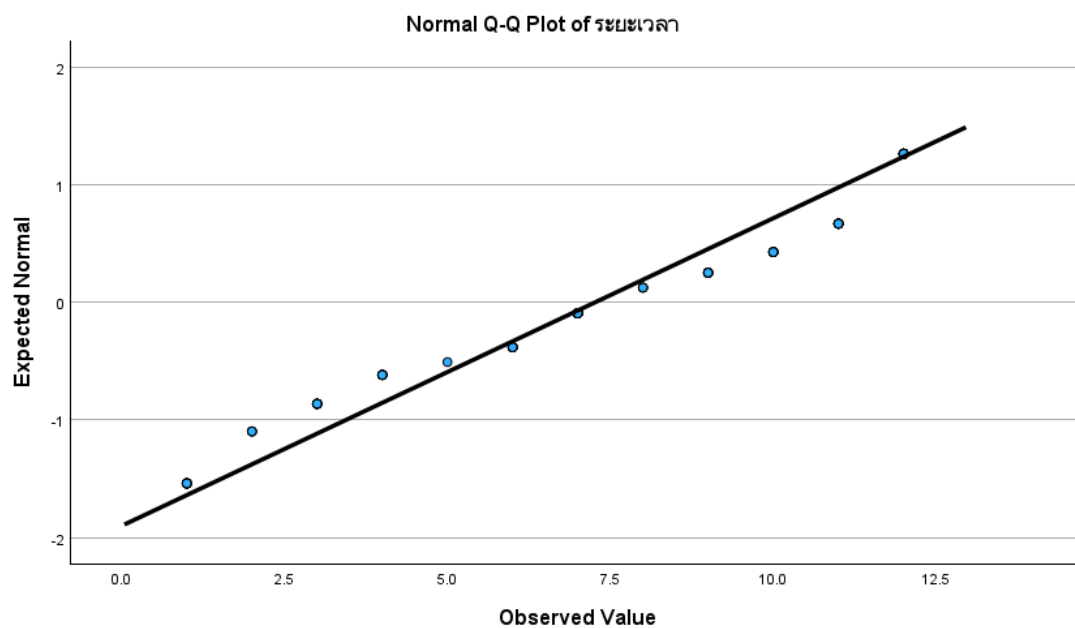
2.1 ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



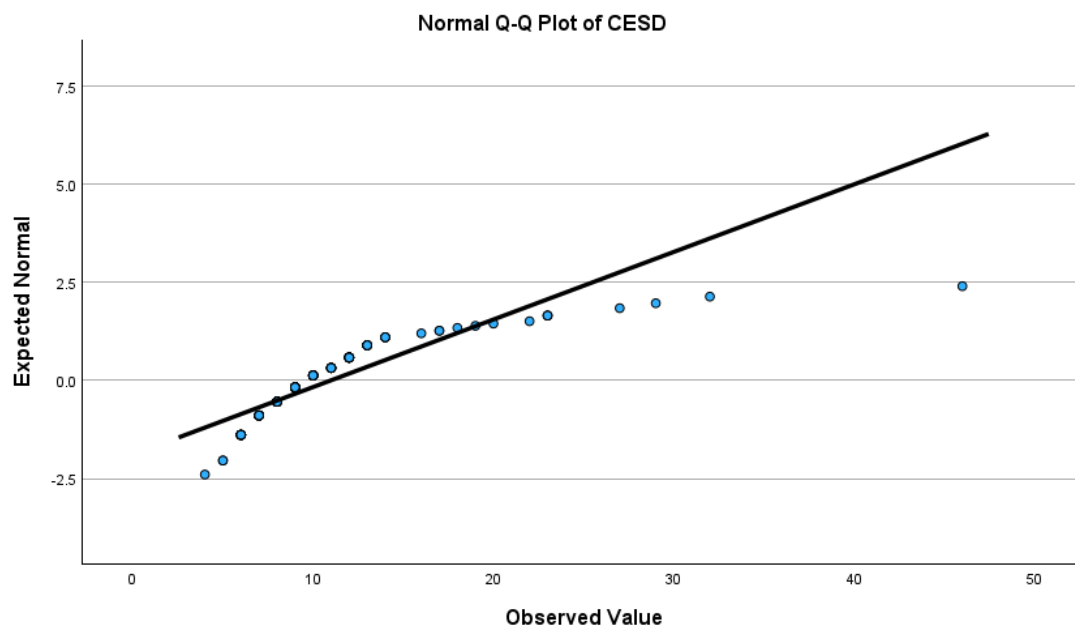
2.2 ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาระการดูแล ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



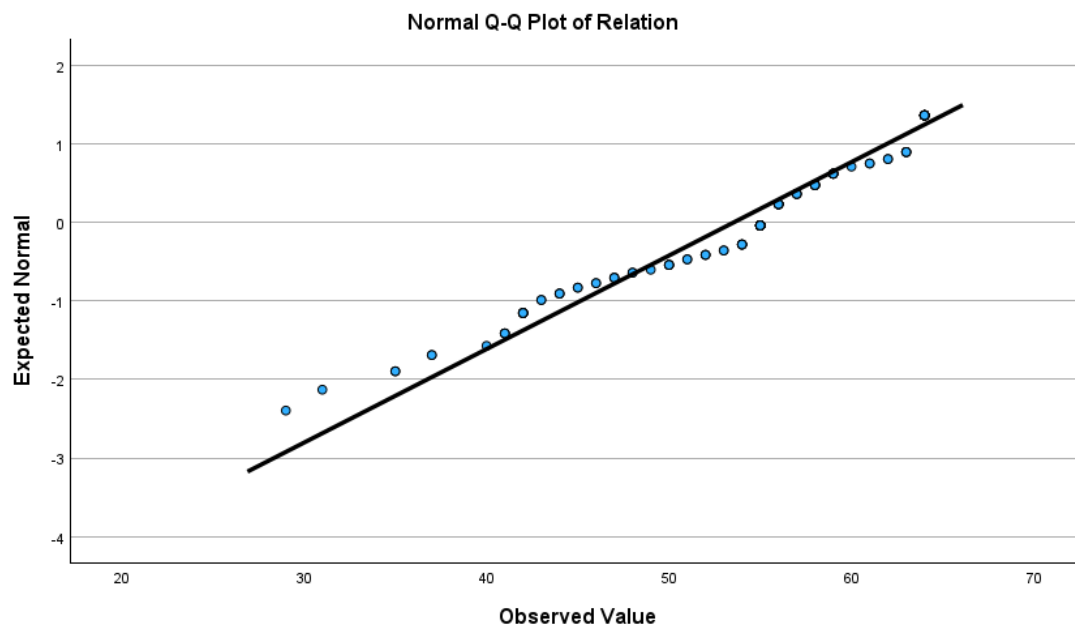
2.3 ผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาในการดูแล ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



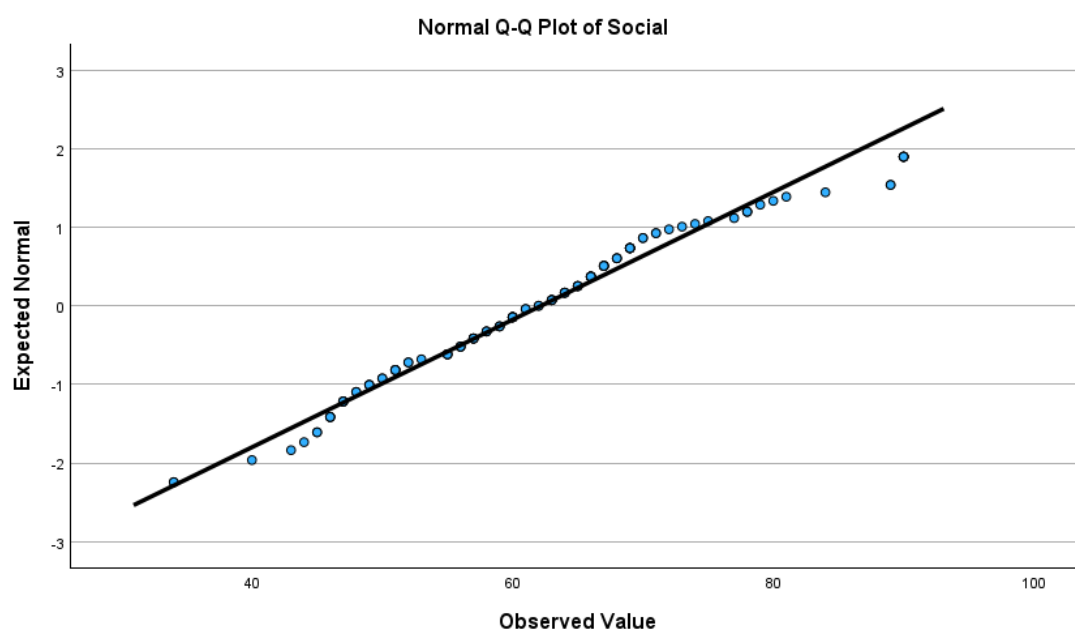
2.4 ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะซึมเศร้า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



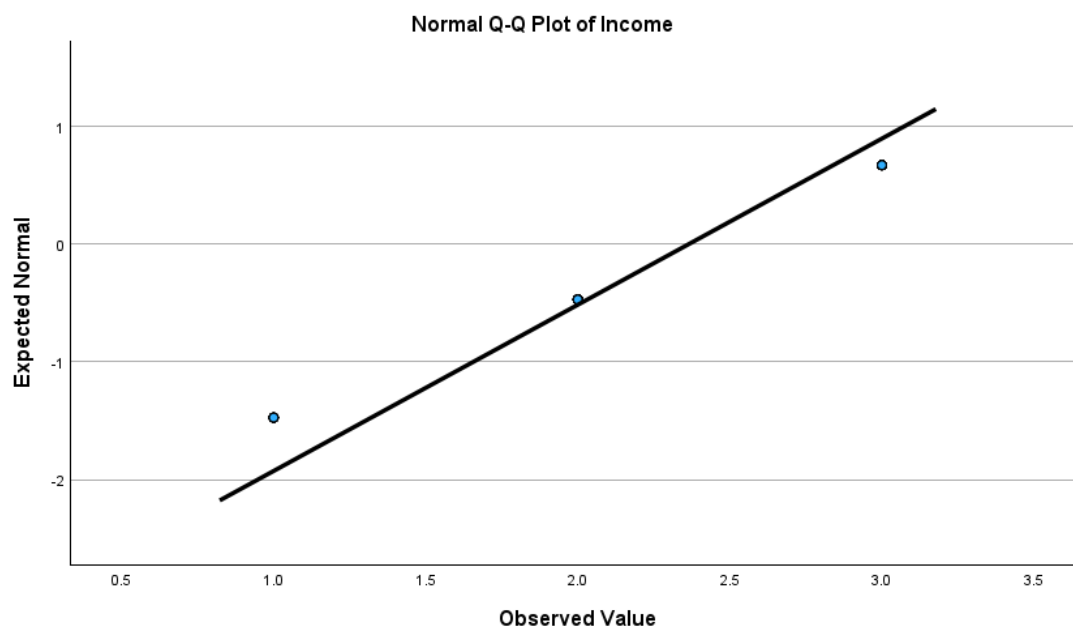
2.5 ผลการวิเคราะห์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



2.6 ผลการวิเคราะห์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



2.7 ผลการวิเคราะห์พบว่า รายได้ ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่ อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



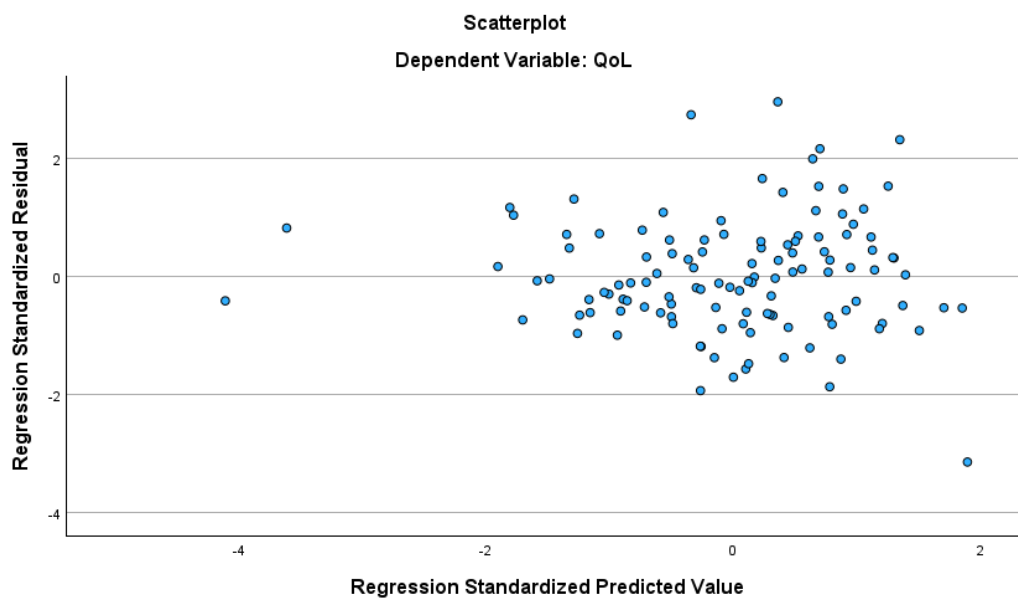
3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยการใช้ค่าสถิติ Tolerance และ ค่า Variance Inflation Factor (VF) พบว่าค่า Tolerance ของตัวแปรทุกตัวไม่เข้าใกล้ 0 และค่า VIF น้อยกว่า 5 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระจากกัน ไม่ก่อให้เกิดปัญหา multicollinearity

Coefficients^a

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant)		
	ระยะเวลา	.906	1.104
	Income	.981	1.020
	Burden	.784	1.275
	ADL	.843	1.187
	CESD	.714	1.401
	Relation	.741	1.349
	Social	.850	1.176

a. Dependent Variable: QoL

4. การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาแผนภาพการกระจาย Scatter Plot พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งจากการกระจายตัวอยู่ในช่วงแคบ ไม่ว่าจะ Y จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ดังนั้นค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่



5. การทดสอบความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson ซึ่งเกณฑ์อยู่ในช่วง 1.5 - 2.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.616 ^a	.379	.340	9.32822	1.801

a. Predictors: (Constant), Social, ระยะเวลา, Income, CESD, ADL, Burden, Relation

b. Dependent Variable: QoL

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนิภาภรณ์ เทียงหนู
วัน เดือน ปี เกิด	11 กันยายน 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดแพร่
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีพ.ศ. 2559 หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่วิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รุ่นที่ 34 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY