

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ภาวณิ พรหมบุตร* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นพวรรณ เปี้ยชื่อ** Ph.D. (Nursing), APN/NP

สมนึก สกุลหงส์โสภณ*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ระหว่างบุคคล สังคมและวัฒนธรรมกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 199 ราย เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.4) อายุเฉลี่ย 51.61 ± 14.43 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.89) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.89) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.30) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.81) และนับถือศาสนาพุทธทุกราย ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวอยู่ในระดับดี มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก รวมทั้งผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.92) มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย โดยประเมินความเครียด การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ความเครียด ญาติผู้ดูแลที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง ระบบนิเวศวิทยา

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

***อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรืออัมพาต อัมพฤกษ์ (stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 ของโรควิถีชีวิต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 มีการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ เป็นจำนวน 6.15 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2011) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 สาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการรักษา คือ ความพิการ ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาและเป็นการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจในระดับประเทศ โดยผู้ได้รับผลกระทบที่สำคัญคือ ครอบครัว (อัมพรพรรณ อีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2554) ภาระหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นของครอบครัว ดังนั้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย ครอบครัวจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) เป็นผู้รับผิดชอบ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่องและมีความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ (ธีรภัทร นาขิต, 2547; ลักขณา บึงมุ่ม, 2552) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ ปัญหาที่สำคัญของญาติผู้ดูแลคือ ความเครียดในการดูแล (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) จากปริมาณงานที่มากและยุ่งยาก

ซับซ้อน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550)

ความเครียดเป็นปัญหาสำคัญของญาติผู้ดูแล (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 9, และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน (Stuart & Laraia, 2005) ถึงแม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย แต่บริบทในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การขาดอุปกรณ์สนับสนุน และความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านจึงมีมากกว่าที่โรงพยาบาล (Fonareva, Amen, Ellingson, & Oken, 2012) โดยความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมามีว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (วิไล สุรสาคร, 2547) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งในด้านผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พราวงาม สวนจันทร์, 2550; Ostwald, Bernal, Cron, & Godwin, 2009)

ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และระดับมิติของเวลา ซึ่งทุกระดับมีปฏิสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Bronfenbrenner, 2005) มุมมองเชิงระบบนิเวศวิทยาช่วยในการพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมเป็นระบบ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับบุคคล และระดับระหว่างบุคคล เท่านั้น ไม่พบการศึกษาปัจจัยในระดับสังคม ชุมชน วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วิไล สุรสาคร, 2547; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; McDonald, Poertner, & Pierpont, 1999; Okoye & Asa, 2011) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่บ้านยังมีจำกัด (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ประกอบกับจังหวัดสุรินทร์ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 10 จากสาเหตุการเจ็บป่วย 16 อันดับแรก โดยพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) อำเภอเมืองสุรินทร์ เป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในจังหวัดสุรินทร์ (โรงพยาบาลสุรินทร์, 2555) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้จำนวนญาติผู้ดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น (Keller, 2008) อาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเฉพาะในบริบททางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

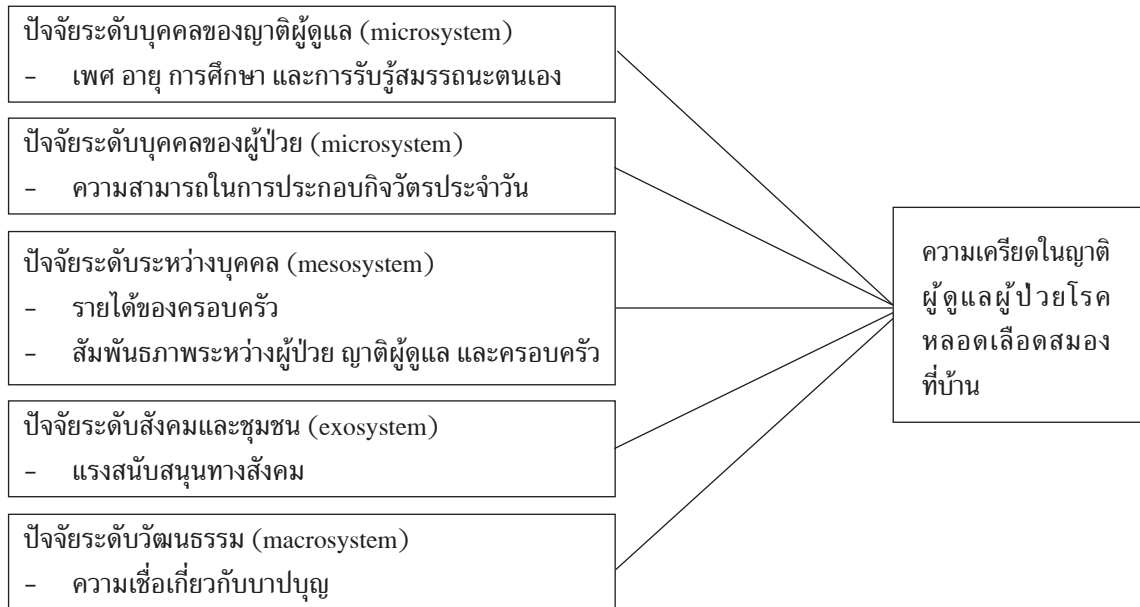
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (ความสามารถในการประกอบกิจวัตร) ญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเอง) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) และความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) ของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 2005) ที่กล่าวถึงบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่ามีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม 5 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล (microsystem) เป็นปัจจัยภายในตัวของบุคคล (intrapersonal) ในการศึกษานี้ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (interpersonal) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว 3) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (exosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม 4) ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (macrosystem) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้คือ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และ 5) ปัจจัยระดับมิติของเวลา (chronosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่น การมีนโยบาย การเปลี่ยนแปลงไปของบุคคลหรือจุดพลิกผันในชีวิต ซึ่งไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคตัดขวางในบริบทที่ไม่มีความแตกต่างเชิงนโยบาย กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ อธิบายปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research)

การคัดเลือกตัวอย่าง

ตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 199 ราย ผู้วิจัยนำรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 24 แห่ง มาคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นญาติผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยินดีเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ญาติ

ผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรู้คิด โดยมีผลการประเมิน ไม่ต่ำกว่า 6 คะแนน จาก 10 คะแนน และต้องนับถือศาสนาพุทธ และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.2 โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลสหสัมพันธ์จากการศึกษาของ วิไลพร ศรีธีเรศ (2546) และการศึกษาของคณนนิช ไชยวุฒิ (2546) นำมาเปิดตารางตามหลักการ power analysis ของ Cohen (1977) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 194 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3 โดยประมาณ ในกรณีที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 199 ราย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

1. เครื่องมือประเมินภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ใช้ประเมินภาวะการรู้คิดในญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสร้างขึ้นโดย พร็อฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ (2539) และนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคจิต มีค่าความเที่ยงที่ดีแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 6 จาก 10 คะแนน จึงถือว่ามีความรู้คิดดี การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแล รายได้ของครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ดูแล จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลรอง) และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองสร้างขึ้นโดย วิล สุธาคร (2547) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 3 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก ถึง 0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-30 การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนรวมหารจำนวนข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ 0-0.75 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองน้อยที่สุด 0.76-1.50 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองน้อย 1.51-2.25 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองปานกลาง และ 2.26-3.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองมาก การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นโดย คอลลินและคณะ (Collin, Wade, Davies, & Home, 1988) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-20 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับคือ 0-4 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยที่สุด 5-8 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย 9-11 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลและครอบครัว สร้างขึ้นโดย ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) แปลโดยวรรณรัตน์ลาวัง (2547) แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 หมายถึง สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา ถึง 0 หมายถึง ไม่เคยมีสัมพันธภาพ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-80 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-26.67 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพไม่ดี 26.68-53.34 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพปานกลาง และ 53.35-80 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพดี การตรวจสอบความเที่ยงใน

การศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) แบบสอบถาม มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร) บุคคลใกล้ชิด (เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด (4 คะแนน) ถึงไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย (0 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-60 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-20 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 41-60 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล สร้างขึ้นโดย ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) แบบสอบถาม มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านความคิดความจำ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ เครียดมากที่สุด (4 คะแนน) ถึง ไม่เครียดเลย (0 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-136 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-45.33 คะแนน หมายถึง ความเครียดน้อย 45.34-90.66 คะแนน หมายถึง ความเครียดปานกลาง และ 90.67-136 คะแนน หมายถึง ความเครียดในระดับมาก การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ สร้างขึ้นโดย กิตติมา รุ่งแดง (2553) แบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 (ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด) ถึง 0 (ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-52 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-17.33 คะแนน หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญน้อย 17.34-34.66 คะแนน หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญปานกลาง และ 34.67-52 คะแนน หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมาก การตรวจสอบความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2555/369 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างยินยอมตนในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงชื่อ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ที่สะดวกในการให้ข้อมูลและไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยคือ อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน ที่ผ่านการอบรมชี้แจงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งเขตและรายชื่อผู้รับผิดชอบรวบรวมกับผู้ช่วยวิจัย จากนั้นดำเนินการนัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ล่วงหน้า ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับญาติผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอม จึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาทีต่อการเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555 ณ บ้านของญาติผู้ดูแล หรือสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสะดวกให้ข้อมูล เป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics) เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) (Munro, 2001)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.41) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 39.70) มีอายุเฉลี่ย 51.61 ปี (SD = 14.43) ครั้งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.25) สองในสามจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.50) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.81) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 67.89) รายได้ครอบครัวมากที่สุด ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.63) รองลงมาคือ 5,001-

10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39.06) และน้อยที่สุดคือ มีรายได้อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 4.69) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) การรับรู้สมรรถนะตนเองของตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 61.42) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.01) และระดับน้อย (ร้อยละ 4.57) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และครอบครัวของตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 52.26) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.72) และระดับน้อย (ร้อยละ 3.02)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตัวอย่างญาติผู้ดูแลให้การดูแล พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.26) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.43) (Min = 36, Max = 95, Mean = 71.86, SD = 11.26) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดอยู่ในช่วง 2-24 เดือน (ร้อยละ 38.69) (Min = 2, Max = 672, Mean = 59.13, SD = 74.37, Median = 36) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.19) มีการพึ่งพาในระดับน้อย รองลงมาคือมีการพึ่งพาในระดับสูงมาก (ร้อยละ 33.67)

แรงสนับสนุนทางสังคมของตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.36) รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 19.60) เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่ตัวอย่างญาติผู้ดูแลได้รับขณะอยู่ที่บ้าน เป็นรายด้านพบว่า ตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวสูงสุด (Mean = 13.76, SD = 4.49) รองลงมาคือ จากกลุ่มญาติ/เพื่อนบ้าน (Mean = 9.66, SD = 4.40) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 9.30, SD = 4.49) และมีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมเท่ากับ 32.73 (SD = 10.36)

ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.96)

รองลงมาคือ มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.04) และไม่พบตัวอย่างที่มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับน้อย

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของตัวอย่างญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.92) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.08) และไม่พบตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยความเครียด

ของตัวอย่างญาติผู้ดูแล เท่ากับ 25.46 (SD = 18.87) เมื่อแบ่งความเครียดออกเป็นรายด้าน พบว่า ตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดมากที่สุดในด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และน้อยที่สุดคือ ด้านความคิดความจำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (N = 199)

ความเครียด	ค่าที่เป็นไปได้	Min-Max	Mean (SD)	Median
โดยรวม	0-136	0-89	25.46 (18.87)	21
ด้านร่างกาย	0-28	0-21	5.53 (5.09)	5
ด้านพฤติกรรมและอารมณ์	0-32	0-28	5.33 (6.32)	3
ด้านความคิดความจำ	0-20	0-20	3.27 (4.70)	1
ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0-36	0-9	4.30 (4.78)	3
ด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล	0-20	0-11	7.03 (5.17)	5

ตัวอย่างญาติผู้ดูแลจำนวน 199 ราย มี 5 ลำดับของสถานการณ์การให้การดูแลมากที่สุดคือ สถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือ การดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง) (ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดินเตี้ยนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์การดูแลที่ดูแลน้อยที่สุด 5 อันดับแรกคือ การดูแลการทำความสะดวกสบายรอบเตียงให้อาหารทางหน้าท้อง (ร้อยละ 6.53) รองลงมาคือ การดูแลการทำความสะดวกสบายรอบเตียงช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.04) การดูแล

การทำความสะอาดรอบท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 7.54) การดูแลการให้อาหารทางสายยาง (สายยางที่ใส่ทางจมูกหรือหน้าท้อง) (ร้อยละ 8.04) และการดูแลการระบายเสมหะ เช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ จัดท่าผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ (ร้อยละ 15.08) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (ตารางที่ 2) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r_s = -.400, p < .001$) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r_s = -.471, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ($r_s = -.466, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r_s = -.161, p = .023$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน และปัจจัยระดับวัฒนธรรมกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (N = 199)

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์	p-value
เพศ	-.053	.454
อายุ	-.124	.081
การศึกษา	.064	.381
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.400	<.001
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-.471	<.001
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว	-.466	<.001
รายได้ครอบครัว	-.024	.742
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-.161	.023
แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/เพื่อนบ้าน	.088	.219
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	.070	.326
แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม	.020	.778
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	-.052	.467

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้จากปัจจัยของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยด้านญาติผู้ดูแลมี 3 ประเด็นคือ ประการแรก ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Lui, Lee, Greenwood, & Ross, 2011) ทำให้เกิดทักษะในการดูแลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแล ประการที่สอง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) และประการสุดท้าย การมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญที่มากทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

ความกตัญญู กตเวที การทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ (Kespichayawattana, 1999)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มี การพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย การดูแลกิจกรรมบางกิจกรรม จึงลดลง เห็นได้จากสถานการณ์การให้การดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลใน 5 ลำดับแรก ที่มีการดูแลมากที่สุดคือ สถานการณ์การดูแลเรื่องค่าอาหารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.96) รองลงมาคือ การดูแลการจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง) (ร้อยละ 89.95) การดูแลค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าตรวจ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด (ร้อยละ 88.44) การดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทางเดินเตี้ยนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 84.42) และการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม (ร้อยละ 75.88) ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมการดูแลที่ไม่วิกฤติและต้องทำเป็นประจำทุกวันจน

เกิดทักษะในการดูแล ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการทำเพื่อตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ ทำให้ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (วิไล สุรสาคร, 2547)

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในขนาดสูงที่สุดคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 2005) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลของญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก มีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลงด้วย (ภรภัทร อิมโอรุ, 2552) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักที่พบว่า ผู้ป่วยมีการพึ่งพาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อิศรพงษ์ ยรรยง, 2546) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ostwald et al., 2009)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์รองลงมากับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายความว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ปฏิสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างกัน จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้าน สัมพันธภาพที่ดีทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวที่เกิดขึ้นที่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด และญาติผู้ดูแลสองในสามมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรและภรรยาซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร และเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ปัญญารัตน์ ลาภางค์วัฒนา, 2552) และวัฒนธรรมของครอบครัวไทยในชนบทส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (พรทิพย์ เกษฐานนท์, 2552) ทำให้มีความรักใคร่ซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) และสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออกมากด้วยความยินดีและเต็มใจ ทำให้เกิดการปรับตัวและลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา คงหอม, สุรีพร ธนศิลป์, และศิริพันธ์ สาสัตย์, 2548)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นปัจจัยในระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของญาติผู้ดูแลโดยตรง ญาติผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาก มีความเครียดน้อย ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ดี เกิดความรู้สึกที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ก่อให้เกิดภาระหรือความเครียด สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1978) ที่ว่า หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาก และมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมาก ย่อมส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาค้างนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการรับรู้สมรรถนะตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องการเตรียมอาหาร การให้อาหารและยามากที่สุด

ครอบครัวเชื่อว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองมาก สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา ที่ว่าการมีประสบการณ์การดูแลโดยตรง และความสำเร็จที่ญาติผู้ดูแลได้รับ ช่วยเพิ่มสมรรถนะในตนเองได้และคาดหวังว่าญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ รวมไปถึงการได้รับคำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวยังทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1978) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีความแตกต่างจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองในเขตชุมชนเมือง ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย มีความเครียดมากจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาต (วิไล สุรสาคร, 2547)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยในระดับสังคมและชุมชน ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาค้างนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับมากที่สุดมาจากครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดมาจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ รองลงมาคือ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามลำดับ (ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว, 2547) ทั้งนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก มีความเครียดน้อย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ ด้านการเงินและความช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวันเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การแสดงออกถึงความห่วงใย พึงพาซึ่งกันและกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ไขปัญหาและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้นและลดความเครียดที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ (กรรณิกา คงหอม และคณะ, 2548)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ หมายถึงความเชื่อที่ว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดในญาติผู้ดูแล อาจเป็นไปได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ (วาริระกิติ, 2552; สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาภาคบังคับและมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก ทั้งหมดนับถือ

ศาสนาพุทธ ยึดถือหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย จึงรับรู้หน้าที่ในการดูแล ตามบทบาทในฐานะญาติผู้ดูแลและมีความเชื่อในเรื่องการทดแทนบุญคุณ และการปฏิบัติต่อผู้มีพระคุณ (Kespichayawattana, 1999) โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จึงไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลควรให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย โดยประเมินความเครียด การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียดในญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแล ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke scale) กับความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา คงหอม, สุรพร ธนศิลป์, และศิริพันธ์ สาสัตย์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(3), 61-74.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข 2553: Public health statistic 2010*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- กิตติมา รุ่งแดง. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- คอนนิจ ไขว้. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาถ, ธัญชนก สุภาจารุพันธ์, และคณะ. (2554). ทักษะคิดและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 58-65.
- ธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรภัทร นาขิต. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- ปัญญารัตน์ลาภวงศ์วัฒนา. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รวมอธิปไตยพยาบาลสาร*, 2(3), 44-56.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- พราวงาม สวนจันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- โรงพยาบาลสุรินทร์. (2555). ข้อมูลผู้ป่วย Stroke 2554. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- ลักษณะ บึงมูม. (2552). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วารี ระกิต. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ. (2547). สถานการณ์ปัญหาความต้องการ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไล สุรสาคร. (2547). การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2552). รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สมนึก สุกหงส์โสภณ. (2540). ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศฐานิวัฒนานนท์, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อิศรพงษ์ ยรรยง. (2546). ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 13(2), 63-69.
- อัมพรพรรณ ธีรานนท์, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2554). คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- Bandura, A. (1978). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61–63.
- Fonareva, I., Amen, A. M., Ellingson, R. M., & Oken, B. S. (2012). Differences in stress-related ratings between research center and home environments in dementia caregivers using ecological momentary assessment. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 90–98.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self care and quality of life in cancer patient receiving radiotherapy in Thailand*. Unpublished dissertation, Doctoral of Philosophy, Wayne State University.
- Keller, C. S. (2008). *The relationship among cultural practices, coping, coping skill and caregiver stress*. Unpublished master thesis, Master of Social Work, California State University, California.
- Kespichayawattana, J. (1999). *Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in Metropolitan Bangkok, Thailand*. Unpublished dissertation, Doctoral of Philosophy, Oregon Health Sciences University, Oregon.
- Lui, M. H-L., Lee, D. T., Greenwood, N., & Ross, F. M. (2011). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 232–242.
- McDonald, T. P., Poertner, J., & Pierpont, J. (1999). Predicting caregiver stress: An ecological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 100–109.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (4th ed.). New York: Lippincott.
- Okoye, U. O., & Asa, S. S. (2011). Caregiving and stress: Experience of people taking care of elderly relations in South-eastern Nigeria. *Arts and Social Science Journal*, 2011, 1–9.
- Ostwald, S. K., Bernal, M. P., Cron, S., & Godwin, K. M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in Stroke*, 16(2), 93–104.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St Louis: Mosby.
- Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1772–1778.
- World Health Organization. (2011). *World health statistics: WHO*. Retrieved May 15, 2012, from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

Factors Related to Stress of Family Caregiver of Patients with Stroke at Home

Pavinee Prombut* M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Noppawan Piaseu** Ph.D. (Nursing), APN/NP

Somnuk Sakulhongsoption*** Ph.D. (Nursing)

Abstract: This study aimed to examine relationships of the personal, interpersonal, social, and cultural factors and stress in family caregivers of patients with stroke at home. Through purposive sampling, the sample included 199 family caregivers of patients with stroke residing in communities of a province in northeastern Thailand. Data were collected by interview from the questionnaire, and were then analyzed using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation. Results revealed that the majority of the sample were female (82.4%) with mean age of 51.61 ± 14.43 years, ranging from 15–83 years. Most of them were married (78.89%), obtained primary education (67.89%), had low income (59.3%), and were farmers (62.81%). All were Buddhist. The sample had perception of self efficacy, family relationship, belief in Buddhist doctrine, and ability for daily living of patients at a high level, while social support was at moderate level. Most of the caregivers had a low level of stress (84.92%). Correlational analysis revealed that factors negatively associated with stress were self efficacy, ability for daily living of patients, family relationship, and social support from family. The results suggest that community nurse practitioners who provide care for family caregivers, particularly those who take care of patients with low ability for daily living should assess caregivers' stress and self efficacy and enhance family relationships and family support for them.

Keywords: Stress, Family caregiver, Stroke, Ecological system

*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Surin; and Master Student, Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

***Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University