

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง*

นพวรรณ ดวงจันทร์ พย.ม.**

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ Ph.D.***

นารีรัตน์ จิตรมนตรี Ph.D.****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย: ใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์สถิติ Fisher's Exact Test สถิติ Eta และ Spearman's correlation coefficient

ผลการวิจัย: ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .287, p < .01$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล และรางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลในการวางแผนการพยาบาล การดูแลญาติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

วารสารสภากาชาด 2560; 32(2) 65-78

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Correlation between the Quality of Life of Stroke Patients' Caregivers and Basic Factors, Mutuality and Rewards of Caregiving*

Noppawan Doungchan M.N.S.**

Virapun Wirojratana Ph.D. (GERONTOLOGICAL)***

Narirat Jitramontree Ph.D. (GERONTOLOGICAL)****

Abstract:

Objective: To examine possible ways in which basic factors, mutuality and caregiving rewards could be related to the quality of life of stroke patients' caregivers.

Design: Correlational research.

Methodology: The study was conducted using Archbold & Stewart's Family Care Model. The sample population consisted of 100 main caregivers of stroke patients treated at Rajburi Hospital. Data were collected by means of a questionnaire and analysed using descriptive statistics, Fisher's Exact Test, ETA and Spearman's correlation coefficient.

Results: Mutuality was found to have a positive relationship with the caregivers' quality of life, at a significant level of .05 ($r = .287$). Relationships between some basic factors, namely, sex, age, education level and length of caregiving, and caregiving rewards, were not related in any significant way to the caregivers' quality of life.

Recommendations: It is recommended that nurses evaluate the degree of mutuality as part of a caring plan for caregivers, who in turn could enhance the quality of life of the patients under their care.

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 65-78

Keywords: basic factors; mutuality between elderly patients and their caregivers; caregiving rewards; elderly people's quality of life; elderly people; stroke

*Master Thesis of Nursing Science (Gerontological Nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University.

**Master of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

****Associate professor, Faculty of Nursing, Mahidol University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันพบมากในผู้สูงอายุไทยที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง นอกจากนี้อาจมีความพิการและเกิดภาวะพึ่งพิงครอบครัวต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง^{1,2} ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลโดยตรงในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือฟื้นฟูร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงทำให้มีผลกระทบต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายได้แก่ อาการปวดเมื่อย ปักผ่อนน้อย³ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าขณะที่ดูแลได้⁴ และผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง มีภาวะคำรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁵ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม⁶ ความเครียดจากภาระการดูแลซึ่งเป็นประสบการณ์ด้านลบที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง^{7,8,9,10} แต่ภายใต้สถานการณ์เดียวกันหากญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ทางบวก เกิดความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการดูแล รู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อดูแลผู้ป่วย การทำหน้าที่ในการดูแลอย่างเต็มที่ การได้ช่วยเหลือตอบแทนบุญคุณ การได้แหล่งสนับสนุนที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวและสังคมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยพื้นฐานบางประการได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการดูแลกับคุณภาพชีวิตพบว่า ผลการศึกษา

ของ Onabajo และคณะ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹² ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuluunbaata ที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย¹³ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก⁷ แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความสุขจากการดูแลเพิ่มมากขึ้น¹⁴ ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹⁵ แต่บางการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต¹⁶ การศึกษาของ Mackenzie และคณะพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลยิ่งนานเพิ่มระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต¹¹ จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตยังไม่มีคำตอบชัดเจนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (mutuality) เป็นคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางด้านบวกที่เกิดขึ้นได้ในขณะการดูแล การศึกษาของ Samarkit และคณะ¹⁷ พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล แต่การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตยังมีน้อยและไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

รางวัลสำหรับการดูแล (rewards of caregiving) เป็นมุมมองด้านบวกของญาติผู้ดูแลจากการศึกษาของ จูร์ริตัน กอฟงญ และคณะ¹⁸ ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่วงวัยพบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และการศึกษาของ Samarkit และคณะ¹⁷ พบว่ารางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง แต่การ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

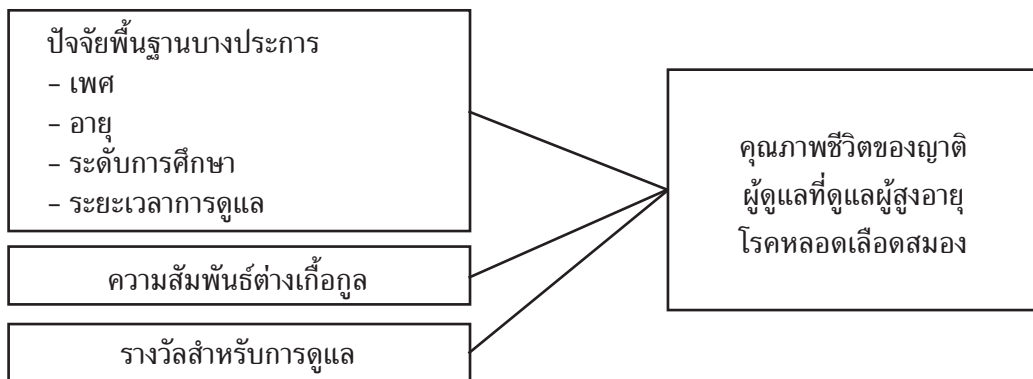
ศึกษารางวัลที่ได้รับจากการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงนั้นยังมีการศึกษาน้อย เช่นกัน

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และประสบการณ์ด้านบวก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และรางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายใต้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart¹⁹ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold และ Stewart ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีบทบาท (role theory) และการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการตอบสนองทางด้านลบและทางด้านบวกในการดูแลของญาติผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแลทำให้มีผลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล จากแนวคิดนี้ประสบการณ์การดูแลทางด้านลบคือความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) เป็น

ความยากลำบากในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนประสบการณ์ด้านบวก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และรางวัลสำหรับการดูแล ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลคือ ภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ทางด้านบวกระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (shared pleasurable activities) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (reciprocity) ส่วนรางวัลสำหรับการดูแล (rewards of family care) หมายถึงความรู้สึกด้านบวกของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากการเติมเต็มบทบาทของผู้ดูแลซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้านคือ การทำให้ชีวิตที่มีความหมาย (rewards of meaning) การได้เรียนรู้ (rewards of learning) การได้ช่วยเหลือ (rewards from being there for the reciver) การได้รับประโยชน์ทางการเงิน (financial rewards) และการได้รับคำชมจากผู้อื่น (rewards from others)¹⁹ ซึ่งการศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร: ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง: มีคุณสมบัติตามประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) ญาติผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากการแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

2) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะต้องผ่านคะแนน ตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา จะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาจะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป

3) ทำการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

4) สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ค่า $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ $\text{power} = .80$ และเนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้เพื่อกำหนดค่า effect size ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (medium effect size) $= .30^{20}$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย และได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล อาการปัจจุบันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล คำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการดูแล ประสบการณ์การดูแล โรคประจำตัว และการได้รับช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวอื่น ๆ

2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold & Stewart¹⁹ และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย Wirojratana²¹ มีความเที่ยง .90¹⁷ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ค่าคะแนนมาก แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ค่า

คะแนนน้อย แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (skewness)²² มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

3. แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแล พัฒนาโดย Archbold & Stewart¹⁹ เป็นผู้สร้างแบบสอบถามและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย Wirojratana²¹ มีค่าความเที่ยง .93¹⁷ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) 5 ระดับ คะแนนรวมทั้ง 0-104 คะแนน ค่าคะแนนมาก แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนน้อย แสดงว่า ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (skewness) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความรู้สึกที่ดีที่ได้รับการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Ware และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ มี 8 มิติ ดังนี้ 1) physical functioning 2) role physical 3) bodily pain 4) general health 5) energy/fatigue 6) มิติ social function 7) role emotional 8) mental health ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) ช่วงคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ช่วงคะแนน 50-100 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตดี⁶

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามได้เท่ากับ .87 .96 และ 1 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ .90 .89 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจระหว่างการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ COA No. IRB-NS-2016/50.0407 เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรีหมายเลขเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ COA-RBHEC 022/2016 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2559

2. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำห้องตรวจโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการแนะนำโครงการวิจัยกับญาติผู้ดูแล หากมีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย พยาบาลจึงประสานให้ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยโดยสังเขป วัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ

3. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องผ่านเกณฑ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการบอกกล่าวจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 4 ด้วยตนเอง ระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นผู้วิจัยลงบันทึกให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดย การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เนื่องจากการกระจายของข้อมูลของไม่เป็นโค้งปกติ ตามข้อตกลงของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และเลือกใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60 ถึง 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.42 ปี (SD = 8.86) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ

50.0 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตร้อยละ 33.0 ส่วนใหญ่มีสิทธิ์การรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.0 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้สีกตัว ร้อยละ 98.0 อ่อนแรงซีกซ้ายเกือบทั้งหมดร้อยละ 54.0 และไม่มีปัญหาสื่อสาร ร้อยละ 66.0

ลักษณะญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 51.49 ปี (SD = 13.73) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28 ยังคงต้องทำงานประจำ ร้อยละ 66 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40 ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 49 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 35 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17 - 24 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 56 และระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 48 ญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้โรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 95 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 46

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล และรางวัลสำหรับการดูแลก่อนไปทางด้านสูง ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีดังแสดงในตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	ระดับ
อายุ	51.49	13.73	-
ระยะเวลาการดูแล	17.14	8.06	-
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	40.60	9.52	ค่อนข้างต่ำ
รางวัลสำหรับการดูแล	83.74	9.78	ค่อนข้างต่ำ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	76.15	19.18	ต่ำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์การกระจายของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test ได้ค่า Komogorov-Smirnov Z=.099, .363, .242, .098, .089 และ .207 ได้ค่า p=.18, .000, .000, .019,

.049 และ .000 ตามลำดับ พบว่าไม่มีการแจกแจงโค้งปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Fisher's Exact Test สถิติ Eta และสถิติ Spearman's correlation coefficient ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .287$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการ รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล				Fisher's Exact Test	Eta
	ดี		ไม่ดี			
	n	%	n	%		
เพศ						
เพศชาย	29	96.7	1	3.3	.099	.160
เพศหญิง	60	85.7	10	14.3		
อายุ						
วัยผู้ใหญ่	63	88.7	8	11.3	.601	.013
วัยผู้สูงอายุ	26	89.7	3	10.3		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	83.3	1	16.7	.678	.104
ประถมศึกษา	36	90.0	4	10.0		
มัธยมศึกษา/ปวช.	31	86.1	5	13.9		

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 100) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล				Fisher's Exact Test	Eta
	ดี		ไม่ดี			
	n	%	n	%		
อนุปริญาตรี/ปวส.ขึ้นไป	17	94.4	1	5.6		
ระยะเวลาที่ดูแล(ชม./วัน)						
< 8 ชม./วัน	19	86.4	3	13.6	.913	.049
8 – 16 ชม./วัน	20	90.9	2	9.1		
17 – 24 ชม./วัน	50	89.0	6	10.7		
ระยะเวลาที่ดูแล (เดือน)						
< 24 เดือน	43	89.6	5	10.4		
24 – 48 เดือน	21	91.3	1	8.7	.742	.126
48 – 120 เดือน	13	92.9	2	7.1		
120 เดือนขึ้นไป	12	80.0	3	20.0		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รางวัลสำหรับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3
1.ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	1.00		
2.รางวัลสำหรับการดูแล	.132	1.00	
3.คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	.287*	1.77	1.00

* p < 0.01

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (r=.287, p < 0.01) แสดงว่าญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสูงจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Samartkit และคณะ พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมีสัมพันธ์กับ

ภาวะสุขภาพ (r=.158, p<.01)¹⁷ และการศึกษาของ Yea-Ing Lotus Shyu และคณะ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (r=-.36, p<.01) เพราะความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล²² การศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 49 ลักษณะสังคมไทยมีวัฒนธรรมเกี่ยวกับความกตัญญู

กตเวทิต่อผู้มีพระคุณ การดูแลบิดามารดาเป็นหน้าที่
ของลูกที่จะต้องดูแลเมื่อพ่อและแม่ชราเพื่อตอบแทน
พระคุณพ่อกับแม่ที่เลี้ยงดู⁵ คุณภาพของความสัมพันธ์
ที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบ
ไปด้วย ความรักและความผูกพัน ความพึงพอใจ
ในการทำกิจกรรมการดูแลด้วยกัน การให้คุณค่าใน
สิ่งต่าง ๆ สอดคล้องกัน และการให้ความช่วยเหลือ
ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ซึ่ง
เป็นประสบการณ์ด้านบวกเกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย¹¹
ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎี
Family Care Model ของ Archbold และ Stewart
อธิบายว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเป็นคุณภาพของ
ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสูง
อายุและหากญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล
ในระดับดีจะทำให้คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล¹⁹

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ
การศึกษา ระยะเวลาการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติ
ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การ
ศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเฟื่องฟ้า
สีสวย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ และสอดคล้องกับ
การศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม และคณะ พบว่า
เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา²³ สามารถอธิบายได้ว่า ญาติ
ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ในบริบท
สังคมไทยบุตรถูกปลูกฝังให้ดูแลบิดามารดา ผู้ใดเลี้ยง
ดูบิดามารดาจะเป็นผู้ที่มีความกตัญญูกตเวทิต การดูแล
ผู้ป่วยจึงเกิดจากความรัก ความห่วงใยเพราะมีความ
เกี่ยวพันเป็นพ่อและแม่³ และกลุ่มตัวอย่างมีสภาพสมรส

ร้อยละ 71 ความสัมพันธ์สามี/ภรรยา ซึ่งคู่สามี/ภรรยา
ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดการดูแล
จากความรัก ความเอาใจใส่ ความผูกพันที่เกิดขึ้นตั้งแต่
ในอดีต ส่งผลให้ขณะเจ็บป่วยก็ยังคงดูแลกัน เหมือนเป็น
“คู่ทุกข์ คู่ยากกัน” การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
จึงไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ หรือเกิดความเบื่อ
หน่าย อ่อนล้า เพราะทุกการกระทำล้วนเกิดจากความรัก
จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล²⁴

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การ
ศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์
ทวีกลีกรรม และคณะ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา²³
สามารถอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่
ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่สามารถจัดการความเครียดได้ดี
มีประสบการณ์สูง สามารถใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยพบ
มาดัดแปลงและแก้ไขปัญหา มีวุฒิภาวะทางอารมณ์
ที่มั่นคง เมื่อเจอสถานการณ์ความเครียดก็จะสามารถ
จัดการกับปัญหาได้²⁵ ประกอบกับจากการศึกษาพบว่า
ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากคนใน
ครอบครัว ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว
ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถ
ได้พักร่างกายได้ไม่เหน็ดเหนื่อย มีคนมาช่วยผลัดเปลี่ยน
ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้
ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²⁶
ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา
ของเฟื่องฟ้า สีสวย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ
ชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นเพราะ
ลักษณะของญาติผู้ดูแลในการศึกษามีความต่างกัน เช่น
ช่วงอายุ และการมีโรคประจำตัว

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ
ชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เพ็ญฟ้า สีสวย พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ สามารถ อธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัย ผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความอดทน และมีความรับผิดชอบสูง ผ่านประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ แม้ว่าจะต้อง ทำหน้าที่หลายบทบาทประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ สามารถปรับตัวได้ จัดตารางการดำรงชีวิตของตนเอง ใหม่พร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยและทำงานด้วย จึงทำให้ญาติ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มี ประสิทธิภาพ²⁵ จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาของญาติ ผู้ดูแลไม่ว่าจะอยู่ที่ระดับใดก็ไม่มีผลกับคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการ ศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ พบว่า ระดับการศึกษามีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ มีภาวะพึ่งพา²⁴ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างระดับการ ศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกันการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 63.20 มี อาชีพเกษตรกรกรรมต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจึง ทำให้ขาดรายได้ และมีความอยากลำบากในการเข้าถึง แหล่งประโยชน์จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เพ็ญฟ้า สีสวย พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวี กสิกรรม และคณะ พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะพึ่งพา²³ สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาใน

ครั้งนี้ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุโดยมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ตอบสนอง สังคมไทยที่บุตรจะถูกปลูกฝังให้ดูแลบิดามารดา ผู้ใด เลี้ยงดูบิดามารดาจะเป็นผู้ที่มีความกตัญญูกตเวที การดูแลผู้ป่วยจึงเกิดจากความรัก ความห่วงใยเพราะ มีความเกี่ยวข้องเป็นพ่อและแม่ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ๆ ของครอบครัว/ ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 76 โดยผู้ที่ให้การช่วยเหลือ มากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 46 การได้รับ กำลังใจจากการดูแลจากครอบครัวขณะที่ทำการดูแล ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความทุกข์ใจที่อาจเกิดขึ้น ขณะดูแล การแนะนำวิธีผ่อนคลายหรือการจัดการกับ ความเครียด²⁶ ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นตัวสนับสนุนทำให้ ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแลได้ดี ระยะ เวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลเพราะญาติผู้ดูแล

รางวัลสำหรับการดูแลไม่มีความความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ผลของการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ Samartkit และคณะ ที่พบว่ารางวัล สำหรับการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและ คุณภาพชีวิต ($r=.116, p<.05$)¹⁷ การศึกษาครั้งนี้ไม่ สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎี Family Care Model ของ Archbold และStewart ที่อธิบายว่ารางวัลสำหรับการ ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทำให้เกิดคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากญาติผู้ดูแลที่มารับ บทบาทเป็นผู้ดูแลมีบทบาททางสังคมที่น้อยกว่าบุคคล อื่นในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 28 ญาติผู้ดูแลบางรายเป็นผู้พิการไม่สามารถประกอบอาชีพ ได้ ต้องพึ่งพาคู่สมรสอื่นในครอบครัวพบร้อยละ 5 จาก การสังเกตขณะเก็บข้อมูล พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมี บทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นการตกลงในครอบครัวโดยที่

ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธบทบาทผู้ดูแลได้ จึงทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในการดูแล อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือประสบการณ์ด้านบวกที่ได้รับจากการดูแล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการดูแลน้อยประมาณ 2 ปี ร้อยละ 48 และระยะเวลาที่ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ด้านบวกมากยิ่งขึ้นเมื่อมีระยะเวลาการดูแลยาวนานขึ้น ทำให้ไม่มีความยากลำบากในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าว จึงทำให้ไม่พบรางวัลสำหรับการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเองและมีความคุ้นเคยกับบทบาทที่ตนปฏิบัติเป็นเวลานาน¹¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

พยาบาลในคลินิกควรมีการประเมินระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาลญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ในรายที่ญาติผู้ดูแลมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสูง พยาบาลควรให้กำลังใจเพื่อคงระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลนั้นไว้ อย่างไรก็ตามหากความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของญาติผู้ดูแลก่อนไปทางต้นต่าพยาบาลควรจะมีการช่วยเหลือและแนะนำให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลในคลินิกควรมีการส่งต่อการดูแลญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลอยู่ในระดับต่ำ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะๆ เพื่อค้นหากิจกรรมการดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้ดูแลทำร่วมกันอย่างมีความสุขและส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมเหล่านั้นให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างการดูแลเพิ่มขึ้นขณะให้การดูแลที่บ้าน

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยการทำนายของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลหรือตัวแปรอื่น ๆ กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้างหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับญาติผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาค้นหาปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในบริบทสังคมไทยเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

Reference

1. Aekplakorn W. Thai national health examination survey. Nonthaburi: Health systems research institute; 2014. (In Thai)
2. Engstad T, Engstad TT, Viitanen M, Ellekjaer H. Epidemiology of stroke in the elderly in the Nordic countries incidence, survival, prevalence and risk factors. Norsk Epidemiologi 2012;22(2):121-26.
3. Janthayanont D, Wisetduangthum K, Weerapolphai K, Suwankanoknant J, Supajarupun T, Mungthin M, et al. Attitude and caregiver burden from taking care of stroke patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya District Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2011;1(1):58-65. (In Thai)
4. Gillespie D, Campbell F. Effect of stroke on family carers and family relationships. Nursing Standard 2011;26(2):39-46.
5. Singhpoo K, Tiamkao S, Ariyanuchitkul S, Sangpongson S, Kamsa-ard S, Lekbunyas O, et al. The expenditures of stroke outpatients at Srinagarind Hospital. Srinagarind Medical Journal 2009;24(1):54-9. (In Thai)

6. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. 2nd ed. Boston: New England Medical Center; 1998.
7. Ogunlana MO, Dada OO, Oyewo OS, Odole OS, Ogunsan MO. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal* 2014;32:6-12.
8. Olai L, Borgquist L, Svardsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Ups J Med Sci* 2015;120:290-98.
9. Clay OJ, Grant JS, Wadley VG, Perkins MM, Haley WE, Roth DL. Correlates of health-related quality of life in African American and Caucasian stroke caregiver. *Rehabil Psychol* 2013;58(1):1-15.
10. Nanudorn A, Srisuriyawate R, Homsin. Predictive factors of health-related quality of life among family caregivers of stroke patients with communication problems. *Journal of Public Health Nursing* 2016; 30(1):49-61. (In Thai)
11. Mackenzie A, Greenwood N. Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disabil & Rehabil* 2012;34(17):1413-22.
12. Onabajo GV, Ali A, Hamzat T. Quality of life of Nigerian informal caregivers of community-dwelling stroke survivors. *Scand J of Caring Sci* 2013;27(4): 977-82.
13. Chuluunbaata E, Chou YJ, Pu C. Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. *Disabil Health J* 2016;9(2): 306-12.
14. Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Gray R. Determinants of stress and happiness among family caregiver to older persons. *Thai Population Journal* 2012;4(1):75-92. (In Thai)
15. Baumann M, Couffignal S, Bihan EL, Chau N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients and their family caregivers in Luxembourg. *BMC Neurol* 2012 Sep 25;12(105). . doi: 10.1186/1471-2377-12-105
16. Seesuyay F. Quality of life of caregivers in patients with stroke at king Chulalongkorn memorial hospital. [Master degree]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (In Thai)
17. Samartkit N, Kasemkitvattana S, Thosingha A, Vorapongsathorn T. Caregiver role strain and rewards: caring for Thais with a Traumatic Brain Injury. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010;14(4):297-314.
18. Kopachon C. Kasekitwattana S, Pichitpornchai W, Panitrat R. Influences on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease. [Master degree]. Bangkok: Mahidol University; 2002. (In Thai)
19. Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8thed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
21. Wirojratana V. Development of the Thai family Care inventory [Doctoral dissertation. Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
22. Shyu YL, Yang C, Huang C, Kuo H, Chen S, Hsu W. Influences of mutuality, preparednes, and balance on caregivers of patients with Dementia. *J Nurs Res* 2010;18(3):155-63.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแลกับ
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

23. Haveegasikum Y. Sritarapat P. Palmanee M. Tathong B. Factors related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with dependency in Manorom District, Chainat Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;24(3):104-18. (In Thai)
24. Tengrang K, Sihapark S, Cheuengsatiansup K. Impact and burden of long-term care for the elderly in Thai cultural context : case study of the elderly with dementia. Primary Health Care Division Journal 2015;10(1): 24-34. (In Thai)
25. Srijamong N. Patterns of coping with stress affection adaptational outcomes in adult. 4th Suan Sunandha academic national conference on research for sustainable development 2016; 2016 Sep 26; Suan Sunandha Rajabhat University; Bangkok; p 616-24 (In Thai)
26. Prombut P, Piaseu N, Sakulhongsoyon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. Rama Nursing Journal 2013; 20(1):82-96. (In Thai)