



การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล
การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ

Dependency of the Elderly with Stroke, Caregiver Burden, Social Support,
and Quality of Life among Older Caregivers

ธารินทร์	คุณยศยิ่ง พย.ม.*	Tarin	Kunyodying	M.N.S.*
ลินจง	โปธิบาล D.S.N.**	Linchong	Pothiban	D.S.N.**
ทศพร	คำผลศิริ พร.ต.***	Totsaporn	Khampolsiri	Ph.D.***

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดำรงชีวิต ซึ่งภาระการดูแลอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 คน มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท และศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และดัชนีจูฮาเอดีแอล แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมากกว่า .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. ระดับการพึ่งพาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการพึ่งพามาก ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับการพึ่งพา
2. ระดับการเป็นภาระโดยรวม ภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง
3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดย รวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีการพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านความรักใคร่ผูกพันที่อยู่ในระดับปานกลาง
4. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวม และ รายด้านอยู่ในระดับต่ำ
5. การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาระการดูแลของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแล

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

* Professional Nurse, Chiang Mai Neurological Hospital, Chiang Mai province

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -0.70, r = -0.88, p < .01$) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.94, p < .01$) การพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล ($r = 0.84, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล ($r = -0.94, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพึ่งพา ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การการดูแล การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The elderly with stroke to depend on caregiver for living, which caregiver Burden affect to the caregivers quality of life. The purpose of this research study was to describe dependency among elderly stroke patients. The paper also documented caregiver burden, social support and quality of life among older caregivers. The sample consisted of 90 elderly primary caregivers of elderly stroke patients attending the Neurological Medicine and Surgery Clinic and the Out Patient Department at Chiang Mai Neurological Hospital from May 2013 to July 2013. The participants were purposively selected based on the inclusion criteria. The research instruments used included the Demographic Data Record Form, the Dependency Evaluating Form which included the Barthel ADL Index, the Chula ADL Index, the Burden Scale, Social Support Scale and the WHOQOL- BREF-THAI Version. All instruments had a reliability coefficient of more than .80. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient. The research study revealed that:

1. The level of dependency in basic activities and instrumental activities of daily living of most elderly stroke patients was at a high level.
2. The overall burden, subjective burden, and objective burden of elderly caregivers were at high levels.
3. Overall social support and four sub-dimensions of social support were at low levels, while the attachment sub-dimension was at a moderate level.
4. Overall quality of life and all sub-dimensions among elderly caregivers were at low levels.
5. Dependency of elderly stroke patients and the burden on elderly caregivers had a negative correlation to quality of life ($r = -0.70$ and $-0.88, p < .01$), whereas social support has a positive correlation to the caregiver's quality of life ($r = 0.94, p < .01$). Dependency of elderly stroke patients had a positive association with caregiver's burden ($r = 0.84, p < .01$) but social support had a negative association with caregiver's burden ($r = -0.94, p < .01$)

The research findings dependency of elderly stroke patients, the burden and the social support had correlation to quality of life

Key words: Dependency, the Elderly with Stroke, Caregiver Burden, Social Support, Quality of Life and Older Caregiver



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก รองจากโรคหัวใจ (World Stroke Organization [WSO], 2011) ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะระดับชาติ โดยเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันดับแรกของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554) ในปัจจุบันมีการพัฒนาทางด้านการแพทย์มากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้พ้นระยะวิกฤต และสามารถรอดชีวิตจากโรคได้ ซึ่งเห็นได้จากอัตราการตาย และระยะเวลาของการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบอัตราการลดลง และชะลอตัวจนถึง ปีพ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.5 ต่อประชากร 100,000 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัยอื่นๆ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาฟื้นตัวที่ยาวนาน ปัญหาความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มีการดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมากในการดำรงชีวิต ผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว บุตรหลาน ต้องเปลี่ยนบทบาทมาทำหน้าที่เป็นผู้ถูกพึ่งพา กิจกรรมการดูแลเป็นงานที่หนัก และซับซ้อนที่ต่อเนื่องตลอดเวลา ความเสื่อมสภาพของร่างกายจึงเป็นอุปสรรคต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลในวัยอื่น จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้านเช่นกัน ทั้งทางด้านของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ก่อให้เกิดการรับรู้ที่ไม่พึงปรารถนา ความยากลำบาก ภาระในการดูแล ซึ่งอาจเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งของผู้ดูแล นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมาศึกษา

ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย แต่หากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดหลายด้าน การต้องให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน อาจเกิดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่รุนแรงกว่า และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่มากกว่าวัยอื่น รวมถึงปัจจัยด้านการพึ่งพา ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ดูแลวัยสูงอายุ อาจมีลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการพึ่งพาของผู้ป่วย ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางด้านสังคม และคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ดูแลสูงอายุที่ได้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุด้วย อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และเมื่ออยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจนสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางควบคุมคุณภาพของการบริการพยาบาลได้ ข้อมูลในการศึกษาค้นนี้จะเป็นแนวทางในการจัดการสำหรับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง



คำถามที่ใช้ในการวิจัย

1. การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. การการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
4. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว (Conceptual model of QOL for family caregiver) ของไวท์ และคณะ (White, Lauzon, Yaffe, & Wood-Dauphinee, 2004) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านการดูแล ด้านผู้ดูแล และด้านสิ่งแวดล้อม ในแนวคิดของไวท์ คุณภาพชีวิตสามารถใช้แนวคิดของคุณภาพชีวิตที่เป็นได้ทั้งคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life; HRQOL) และคุณภาพโดยรวม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คุณภาพชีวิตโดยรวมขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นมิติหลายมิติ ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล สำหรับปัจจัยที่จะทดสอบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยในด้านการดูแล การการดูแลเป็นปัจจัยด้านผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จากแนวคิด พบว่า การพึ่งพา และการการดูแลจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการการดูแล ส่วนการพึ่งพาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่ได้ให้การดูแลหลักแก่ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท และศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 90 คน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) เพื่อทดสอบสหสัมพันธ์ (Correlation) โดยใช้แนวคิดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว คำนวณตามจำนวนตัวแปรที่ศึกษา 4 ตัวแปร แล้วเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าไปในขั้นสุดท้ายอีก 50 ราย ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีค่าเท่ากับ 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และดัชนีจูฮาเอดีแอล ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล แบบสัมภาษณ์การของผู้ดูแลของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ที่ดัดแปลงมาจาก มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระสองประเภท ได้แก่ แบบวัดภาระเชิงปรนัย (objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ เฟื่องลดา



เคนไชยวงศ์ (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แปล และปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มัทนิตินันท์กุล และคณะ (2540) เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วการวิจัยครั้งนี้จึงตรวจสอบเฉพาะความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับประชากรที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่ามากกว่า .80

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการพึ่งพา การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการพึ่งพาผู้ดูแล ในแต่ละช่วงอายุ (n = 90)

ระดับการพึ่งพา	ช่วงวัยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
	ตอนต้น จำนวน (ร้อยละ)	ตอนกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ตอนปลาย จำนวน (ร้อยละ)
การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐาน			
พึ่งพาทั้งหมด	1 (4.55)	3 (5.66)	11 (73.33)
พึ่งพามาก	8 (36.36)	28 (52.83)	4 (26.67)
พึ่งพาปานกลาง	3 (13.64)	18 (7.56)	0 (0.00)
พึ่งพาน้อย	10 (45.45)	4 (33.96)	0 (0.00)
การปฏิบัติกิจกรรมขั้นสูง			
พึ่งพา	22 (24.44)	53 (58.89)	15 (16.67)
ไม่พึ่งพา	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา (ร้อยละ 42.20) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 71.11) มีระดับการศึกษาาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.70) ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 61.11) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.37) และมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอยู่ในช่วง 6-12 เดือน (ร้อยละ 56.67) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 58.90) การวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ และหลอดเลือดในสมองแตกเท่ากัน (ร้อยละ 50)

2. จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละช่วงวัย ตามระดับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.45) อยู่ในระดับพึ่งพาน้อย มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4.55) ที่มีการพึ่งพาทั้งหมด ในขณะที่ผู้สูงอายุตอนกลางส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.83) อยู่ในระดับการพึ่งพามาก ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 73.33 อยู่ในระดับพึ่งพาทั้งหมด สำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พบว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงวัย ทุกวัย อยู่ในระดับพึ่งพา ดังแสดงในตารางที่ 1



3. ระดับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามระดับ
คะแนนการเป็นภาระตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 4 ระดับ
ได้แก่ ภาระระดับสูงสุด ระดับสูง ระดับปานกลาง และ
ระดับต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับการ

รับรู้ภาระการดูแลโดยรวม และภาระเชิงปรนัยอยู่ใน
ระดับสูง (ร้อยละ 40.00) และ (ร้อยละ 41.11) ส่วนภาระ
เชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.67) ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนนการโดยรวม และ
รายด้าน (n = 90)

ภาระ	ระดับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
	ระดับสูงสุด	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาระโดยรวม	19 (21.11)	36 (40.00)	15 (16.67)	20 (22.22)
ภาระเชิงปรนัย	17 (18.89)	37 (41.11)	17 (18.89)	19 (21.11)
ภาระเชิงอัตนัย	18 (20.00)	19 (21.11)	33 (36.67)	20 (22.22)

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมตามเกณฑ์ที่
กำหนดไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และ
ระดับต่ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ (ร้อยละ 62.22) และ
เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมโดยจำแนกเป็น
รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้าน

การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ร้อยละ 78.89) ด้าน
การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (ร้อยละ 74.44) ด้าน
ความมีคุณค่าในตัวเอง (ร้อยละ 74.44) ด้านการได้รับความ
ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (ร้อยละ 71.11) อยู่ในระดับ
ต่ำ ส่วนด้านความรักใคร่ผูกพันนั้นอยู่ในระดับต่ำ
(ร้อยละ 50.00) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม (n=90)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0 (0.00)	34 (34.78)	56 (62.22)
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	45 (50.00)	38 (42.22)	7 (7.78)
ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	0 (0.00)	19 (21.11)	71 (78.89)
ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	0 (0.00)	23 (25.56)	67 (74.44)
ด้านความมีคุณค่าในตัวเอง	0 (0.00)	23 (25.56)	67 (74.44)
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ	0 (0.00)	26 (28.89)	64 (71.10)



5. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุตามระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่า กลุ่มผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ (ร้อยละ 62.22) และเมื่อพิจารณาแบ่งระดับคะแนนคุณภาพ โดยแยกเป็น องค์ประกอบต่าง ๆ จำแนกเป็นรายด้าน ทั้งหมด 4 ด้าน

พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำใน ทุกด้าน โดยมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในด้านสุขภาพใจ (ร้อยละ 81.11) และ พบว่า มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิต สูงที่สุดสุดในด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ 28.89) ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลวัยสูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน (n = 90)

คุณภาพชีวิต	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล		
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	7 (7.78)	27 (30.00)	56 (62.22)
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ด้านสุขภาพกาย	25 (27.78)	14 (15.56)	51 (56.67)
ด้านสุขภาพใจ	0 (0.00)	17 (18.89)	73 (81.11)
ด้านสัมพันธภาพด้านสังคม	26 (28.89)	29 (22.00)	35 (56.67)
ด้านสัมพันธภาพด้านสิ่งแวดล้อม	22 (24.45)	22 (24.45)	46 (51.12)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สูงอายุกับตัวแปรต่างๆ พบว่า การพึ่งพาของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับที่ค่อนข้างสูง ($r = -0.70, p < .01$) และในระดับสูง ($r = -0.88, p < .01$) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูง ($r = 0.94, p < .01$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดย การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาระการดูแล ($r = 0.84, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับสูงกับภาระการดูแล ($r = -0.94, p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ (n=90)

ตัวแปร	ภาระการดูแล	คุณภาพชีวิต
การพึ่งพาผู้ดูแล	0.84 **	-0.70 **
ภาระการดูแล	-	-0.88 **
การสนับสนุนทางสังคม	-0.94 **	0.94 **

** $p < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 42.24 มีคะแนนการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับการพึ่งพามาก ส่วนคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงร้อยละ 100 อยู่ในระดับการพึ่งพา และเมื่อจำแนกระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตามช่วงวัย พบว่า ระดับการพึ่งพาจะมากขึ้นตามช่วงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 มีการพึ่งพาทั้งหมด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย และความพิการที่หลงเหลืออยู่มากในกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งหากเกิดโรคจะมีความรุนแรงของโรคมกกว่าวัยอื่น และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก (Heruti et al., 2002) ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบได้ทางร่างกายในรายที่เรื้อรัง เช่น การติดขัดของข้อ และเอ็นต่าง ๆ ที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อตะโพก เอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ยังมีการเพียวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ปอดอักเสบ และแผลกดทับ ภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็จำกัดขีดความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ (อรัญญา ไพรวลัย, 2550) นอกจากนี้การสูงอายุยังทำให้การฟื้นฟูสภาพของร่างกายเป็นไปได้ช้าลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงลดลง จำเป็นต้องมีการพึ่งพาจากผู้ดูแลมากขึ้น สำหรับภาระการดูแลนั้นเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นโดยไม่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดความรู้สึกียากลำบาก แบ่งออกได้เป็น ภาระในเชิงอัตนัย (subjective burden) ซึ่งหมายถึงความรู้สึก ทศนคติ การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือสถานการณ์จากการดูแลที่มีความยากลำบาก เป็นผลที่ได้รับการประเมินแบบไม่พึงปรารถนาจากการดูแล และภาระเชิงปรนัย (objective burden) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากหน้าที่ การงาน ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรม

การดูแลโดยตรง เป็นความยากลำบากของผู้ดูแล เช่น ทำให้มีความอิสระ ความเป็นส่วนตัว การเข้าสังคมลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน และทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ (Montgomery et al., 1985; Thompson & Doll, 1982) โดยเป็นการดูแลกิจกรรมที่เป็นงานหนัก และซับซ้อนมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และพึ่งพาตนเองได้น้อยจากความพิการของโรคที่มาก

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีระดับการพึ่งพามาก ทำให้ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลมากขึ้น จึงก่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่ผู้ดูแลต้องกระทำจำนวนมาก ทำให้เกิดการรับรู้ภาระเชิงปรนัยในระดับสูง ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลเชิงปรนัยในระดับสูงอาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ ทำให้ปัญหาจากความเจ็บป่วยรวมทั้งความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่หลงเหลืออยู่มาก การพึ่งพาจึงอยู่ในระดับมาก เป็นผลให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากจากข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานพอที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วย ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว ขาดอิสระ เข้าสังคมลดลง ซึ่งเป็นสิ่งที่เรียกว่าภาระเชิงปรนัย (Montgomery, et al., 1985) ทำให้ภาระเชิงปรนัยอยู่ในระดับสูง เหตุผลอีกประการหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีความรับผิดชอบในกิจกรรมอื่นๆ ส่วนภาระเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นความรู้สึก ทศนคติ และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือสถานการณ์การดูแล (Montgomery, et al., 1985) ที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้อยู่ในระดับสูงนั้นอาจเป็นเพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีพลังความสามารถด้านร่างกายที่ลดน้อยลง เมื่อต้องมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมาก จึงทำให้รู้สึกเป็นภาระสูง ประกอบกับการอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นสิ่งที่แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มวัยเดียวกันจะน้อยลง อีกทั้งอาจมีจำนวนบุตรหลานน้อย จากกลุ่มตัวอย่างใน



การศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 61.11 เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่าคุณเองได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.70) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของการรับรู้ภาระเชิงอัตนัยที่สูงได้ในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคมนั้น ผู้ดูแลสูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมทางด้านการรักใคร่ผูกพันมากที่สุด เนื่องจาก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุในฐานะ สามี และภรรยา ซึ่งทำให้บุคคลมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก และมีโอกาสให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลที่อยู่ในระดับปานกลาง การที่การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 61.11) ประกอบกับต้องรับภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะมึนหน้ากับการงานหลักอยู่เดิมแล้ว เมื่อเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงขาดการติดต่อกับสังคมที่ทำงาน รวมทั้งรายได้ที่เอื้อประโยชน์ต่อครอบครัวจึงลดลงหรือขาดหายไป

สำหรับด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ นั้น เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน พบว่า คะแนนอยู่ในระดับต่ำ ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.22) มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และ พบว่า มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในด้านจิตใจ (ร้อยละ 81.11) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาวะความสบายของผู้ดูแลสูงอายุ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อันเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก (WHO, 1993) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลสูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำนั้นเมื่อพิจารณา พบว่า มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดผลดังกล่าวนี้ ได้แก่ อายุที่กำหนดถึงความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จากการศึกษา พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นจะมีความเสื่อมของ

ร่างกายเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลในวัยสูงอายุด้วยกัน อายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น ทั้งนี้จะมีผลต่อการปรับตัว ช่วยให้เกิดความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีการพึ่งพาที่สูง ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรู้สึกว่าคุณเองดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี เกิดความท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ในการดูแลได้สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ในขณะที่ความเสื่อมของร่างกายมีเพิ่มขึ้น จึงมีผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (จันทร์เพ็ญการิเวท, 2537) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สามีภรรยา กัน ซึ่งจะทำให้มีความใกล้ชิดได้ดีขึ้น โดยที่เพศหญิงเป็นเพศที่มักจะเคยได้รับการอบรมเลี้ยงดูงานบ้าน และช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และผู้ชายเป็นผู้ทำงานหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว เมื่อมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษา จึงทำให้ครอบครัวผู้ดูแลขาดรายได้ รวมทั้งผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ จึงทำให้การเรียนรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ ตรงกันข้ามกับการที่ผู้สูงอายุมีระดับความเจ็บป่วย และรุนแรงของโรคมามากขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ และจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยลง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพา ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เป็นไปตามแนวคิดของของไวท์ และคณะ (White, et al., 2004) โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นประกอบด้วย ปัจจัยในด้านการดูแล ด้านผู้ดูแล และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยในด้านการดูแล ภาระการดูแลเป็นปัจจัยด้านผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่า การพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องมาจากผลกระทบต่อการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพึ่งพา เพื่อตอบสนองต่อความผิดปกติ และความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้เอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ซึ่งยิ่งระดับความเจ็บป่วยที่มาก และรุนแรงย่อมมีระดับความต้องการการดูแลที่มาก มีความยุ่งยากและซับซ้อน มีภาวะพึ่งพามาก ส่งผลต่อการรับรู้การดูแลที่มากขึ้น ดังนั้นการพึ่งพาของผู้สูงอายุนั้นยิ่งมากขึ้นเท่าไรย่อมมีภาระที่มาก ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง นั่นคือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองเกี่ยวกับความสุขความพึงพอใจในชีวิตลดลงไปด้วย การพึ่งพา และภาระการดูแลจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เป็นความสัมพันธ์จากการทำหน้าที่ของบุคคลในด้านครอบครัว และสังคมนั้น จากภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการพึ่งพานั้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลงส่งผลให้ขาดเครือข่ายทางสังคม และเกิดความยากลำบากทำให้ภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการแพทย์เป็นข้อมูลที่จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีการพึ่งพาในระดับสูง ในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมในระดับที่ต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือผู้ดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ตลอดจนการนำผลวิจัยมาใช้ในการกลุ่มการพยาบาลสาธารณสุขมูลฐานในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแลที่ชัดเจน และสอดคล้องกับปัญหาภาระที่มีมากที่สุด

2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือด ที่มารับบริการการตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพื่อให้ผลการศึกษาศาสามารถนำไปอ้างอิงผลการวิจัยได้กว้างขวางยิ่งขึ้น ตลอดจนการหาความชุกของสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละพื้นที่ดังกล่าว เพื่อหาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป รวมถึงการช่วยเหลือแนะนำ แหล่งประโยชน์ แหล่งทรัพยากรที่จะสนับสนุนการดูแลที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึงการประสานงานด้านการดูแลกับแหล่งสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ การิเวท. (2537). การดูแลผู้ป่วยอัมพาต. *วารสารพยาบาล*, 33, 126-146.

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- เพ็ญฟ้า สีสวย และ พวงสร้อย วรกุล. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52 (ฉบับพิเศษ), 15-28.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานผลการศึกษา ภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. [Electronic version]. Retrieved 13 มีนาคม 2555. From [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2chapter8\(10\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2chapter8(10).pdf)
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ. *Chula Medical Journal*, 38(2), 67-75.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่, โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อรรณู ไพรวัลย์. (2550). ความต้องการของผู้ดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. (วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- American Heart Association. (2011). *Stroke : What causes a stroke*. [Electronic version]. Retrieved February 12, 2011, from <http://stroke.ahajournals.org>
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric Update*, Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Washington D. C.
- Heruti, R.J., Lusky, A., Dankner, R., Ring, H., Dolgopiat, M., Barell, V., Levenkrohn, S., & Adunsky, A. (2002). Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: Effect of cognitive status at admission on the functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(6), 742-749.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability Among Thai elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of Medication Association Thai*, 77(5), 231-238.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of Burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152. from http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm
- National Stroke Association. (2010). *Stroke 101*. [Electronic version]. Retrieved June 30, 2010 from <http://www.stroke.org>
- Roger, L., Go, S., Lloyd-Jones, M., Adams, J., Berry, D., Brown, M., et al. (2011). Heart Disease And Stroke Statistics 2011 Update: A Report From the American Heart Association [Electronic version]. *Journal of the American Heart Association*, 82-91. Retrieved February 27, 2011, from <http://circulation.ahajournals.org>
- Thompson, E.H & Doll, W. (1982). The Burden of Families. ping with the Mentally Ill: An Invisible Crisis. *Family Relations* 31, 379-388.
- Thorndike, R.M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. Gardner Press, Inc., New York.
- White, C. L., Lauzon, S., Yaffe, M. J., & Wood-Dauphinee, S. (2004). Toward a model of life For family caregivers of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 13. 625-638.
- World Stroke Organization [WSO]. (2011). *About World Stroke DAY* [Electronic version]. Retrieved October 30, 2011, from <http://www.worldstrokecampaign.org>