

The Influences of Anxiety, Perceived Health Status and Social Support on Self-care Behaviors of Stroke Caregivers*

Rachaneeporn Pattharapakorn, RN, MNS¹, Chongjit Saneha, RN, PhD²,
Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD², Yongchai Nilanont, MD¹

Abstract

Purpose: To study the influences of anxiety, perceived health status and social support on self-care behaviors of stroke caregivers.

Design: A correlational predictive design.

Methods: The sample comprised seventy-eight primary family caregivers of stroke patients who had provided care for patients at least one month after discharge. Data were collected at the outpatient department of Siriraj hospital by using questionnaires about personal information, anxiety, perceived health status, perceived social support and self-care behaviors of stroke caregivers. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: Most of the subjects were females (85.9%) with a mean age of 51.69 years old. Most of the sample (89.7%) had good self-care behaviors and 71.8% had good perceived health status. More than half of the sample (60.3%) had moderate social support and mild anxiety (57.7%). Multiple regression showed that anxiety, perceived health status, perceived social support jointly explained 40.7% of variance in self-care behaviors of stroke caregivers ($R^2 = .41$, $p < .001$). Predictive factors of self-care behaviors of stroke caregivers were perceived health status ($\beta = .39$, $p < .01$), anxiety ($\beta = -.23$, $p < .05$) and social support ($\beta = .21$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: Nurses and health care team should assess perceived health status, anxiety of caregiver and social support. These information will help nurse to promote perceived health status, reducing anxiety, and providing informational social support in order to increase self-care behaviors of stroke caregivers.

Keywords: anxiety, perceived health status, social support, self-care behaviors, stroke caregivers

J Nurs Sci. 2014;32(2):52-61

Corresponding Author: Assistant Professor Chongjit Saneha, Faculty of Nursing, Mahidol University Bangkok 10700, Thailand; e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

ธนิพร ภักธปรณ์, พย.ม.¹ จอจิต เสน่หา, PhD² วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินัน, PhD²
ยอวัย นิละนนท์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 78 ราย เก็บข้อมูลที่ติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.9 มีอายุเฉลี่ย 51.69 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในระดับดีร้อยละ 89.7 และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 71.8 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับน้อยร้อยละ 57.7 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางร้อยละ 60.3 และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .39, p < .01$) ความวิตกกังวล ($\beta = -.23, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .21, p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .41, p < .001$).

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล และให้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

J Nurs Sci. 2014;32(2):52-61

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์จจิต เสน่หา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700,
e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนurseหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญขอปัญหา

หลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2555 พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 255.85 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2550 เป็น 354.54 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดความพิการกับผู้ป่วย ร้อยละ 60 ของความพิการที่เกิดขึ้นต้องการการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจึงจะช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา¹ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานหนักและยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้บทบาทหน้าที่และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป² มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมมากขึ้น รวมทั้งสัมพันธภาพทางสังคมและกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติลดลง¹⁻³ ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพร่างกาย⁴ และร้อยละ 49.1 มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต⁵ จากภาระและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสภาพเป็น hidden patient⁶ และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี⁷ ทั้งนี้การที่ต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลงในแต่ละวัน หรือลืมที่จะสนใจตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย นอนไม่หลับเกิดการเจ็บป่วยในระหว่างดูแล มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงและไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย^{1,2} ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลจะมีสุขภาพที่ดีมาน้อยเพียงใด ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือผู้ดูแลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและถูกต้อง

Orem⁸ ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นของเฉพาะบุคคล เป็นความสามารถในการ

คาดการณ์ (estimative) ปรับเปลี่ยน (transitional) และลงมือปฏิบัติ (productive operation) เพื่อที่จะรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด รวมทั้งพลังความสามารถที่เฉพาะซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานของผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการสังคม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ชีวิต^{9,10} ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลทำให้จำเป็นต้องดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและของผู้ป่วยในเวลาเดียวกันให้เพียงพอ โดยผู้ดูแลต้องมีการรับรู้ มีความสามารถในการคาดการณ์ปรับเปลี่ยนการดูแลและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาระการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ^{11,12} ซึ่งมีลักษณะสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพที่ต่างจากสังคมไทย ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ ปัญหาความต้องการและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยที่ทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น³ ส่วนการศึกษาเชิงทดลองเป็นไปเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี^{10,13}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยค่อนข้างน้อย พารุณี เกตุกราย³ ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย พบว่าการดูแลตนเองของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย แต่งานวิจัยของทิววรรณ เกื่อนยัง¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความต้องการของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากที่สุด นอกจากนี้ มีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองใน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ ดวงรัตน์ แซ่เตียว¹⁵ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง จัดเป็นความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะช่วยให้คาดการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง Tang และ Chen¹⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ McDonald, Brennan และ Wykle¹⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการของผู้ดูแลจะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมา ความวิตกกังวลเป็นภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ดูแล^{9,18} ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ การจดจำ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง¹⁹ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรง แต่ ดวงกมลและคณะ¹³ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .01$) และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจ ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ทิยาวรรณ เกื้อนยัง¹⁴ และ Tang และ Chen¹⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตามแนวคิดของ Orem⁸ การสนับสนุนทางสังคม

จัดเป็นแหล่งประโยชน์ ส่วนความวิตกกังวลพออ้างอิงได้ว่าเป็นภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานของผู้ดูแลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล⁹

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันและแตก ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่คลินิกระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการระบบประสาทและสมองผู้ใหญ่ ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และมีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยมีค่า Thai Mental State Examination (TMSE) ≥ 23 คะแนนขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ power analysis²⁰ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 อำนาจการทำนาย (level of power) เท่ากับ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร effect

size เป็นขนาดกลางเท่ากับ .13²¹ และเปิดตารางของ Polit และ Beck²⁰ คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 78 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้คัดกรองระดับการรับรู้และสติสัมปชัญญะของผู้ดูแลโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) แบบทดสอบประกอบด้วยหัวข้อหลัก 6 ข้อ คิดเป็นคะแนนรวม 30 คะแนน ได้แก่ การรับรู้ 6 คะแนน การจดจำ 3 คะแนน ความใส่ใจ 5 คะแนน การคำนวณ 3 คะแนน ด้านภาษา 10 คะแนน และการระลึกได้ 3 คะแนน โดยกำหนดค่าปกติคือต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน กลุ่มตัวอย่างทุกรายผ่านเกณฑ์คัดกรองทั้งหมด

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย อายุ เพศระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคร่วม สภาพของร่างกายที่อ่อนแรง สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เหตุผลในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยภายหลังทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety: form Y-I) ซึ่งเป็นแบบสอบถามส่วนที่หนึ่งของ State - Trait Anxiety Inventory (STAI) สร้างขึ้นและปรับปรุงโดย Spielberger และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 เป็นการวัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) โดย สุทธิศา เรืองรัมย์²² แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวกและทางลบรวม 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้ คะแนน 20 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 21-40 หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย คะแนน 41-60 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนน 61-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ กุลวดี โจนีไพศาลกิจ²³ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพของคนอเมริกา Health Perception Battery ของ Brook และคณะ ที่สร้างและปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มีข้อคำถาม 27 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพใน 7 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ในปัจจุบัน ในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นในอนาคต ความสนใจสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-135 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้ คะแนน 27-53 หมายถึง รับรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คะแนน 54-80 หมายถึง รับรู้สุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คะแนน 81-107 หมายถึง รับรู้สุขภาพอยู่ในระดับดี คะแนน 108-135 หมายถึง รับรู้สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคเมเร็งของอวัยวะ มังเกียรติกุล²⁴ ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลค่าคะแนนมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย ≤ 2.33 หมายถึง รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย > 3.68 หมายถึง รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และสอบถามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม คิดคะแนนเป็นร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านเป็นรายชื่อ โดยคะแนนร้อยละยิ่งมากแสดงว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนกลุ่มนั้นมาก

5. แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของพารุณี เกตุกราย³ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem⁵ มีจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้ คะแนน 26-52 หมายถึง มีพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองในระดับไม่ค่อยดี คะแนน 53-72 หมายถึง มีพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คะแนน 73-104 หมายถึง

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

เครื่องมือทั้ง 5 ชุดได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ .91 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ .89 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .86 และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รหัส 566/2555(EC4))

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แผนกอายุรศาสตร์ และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นพยาบาลจึงแนะนำให้พบผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงขอให้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเริ่มจากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองตามลำดับ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) จากนั้นหาอำนาจในการทำนายของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.69 ปี (SD = 11.06) สถานภาพสมรสร้อยละ 60.3 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.1) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย และจบการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปร้อยละ 50.3 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.3) ประกอบอาชีพนอกบ้าน และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 67.9) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.0) ประเมินว่ามีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นเงินและ/หรือสิ่งของร้อยละ 60.3 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.87 ปี (SD = 4.41) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 5.3) มีผู้ช่วยในการดูแลร้อยละ 66.7 กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมก่อนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีขึ้นไปร้อยละ 69.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.6 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง และมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วยร้อยละ 47.4 อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ ปวดตามร่างกาย

1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.7) เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 70.63 ปี (SD = 14.50) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.2) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.18 ปี (SD = 4.61) ส่วนใหญ่มีการพึ่งพาในระดับน้อยร้อยละ 82.0 มีร่างกายที่อ่อนแรงครึ่งซีกร้อยละ 94.9 และมีโรคร่วมร้อยละ 97.4 โดยพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง

2. ตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 38.36 (SD = 8.91) โดยร้อยละ 57.7 มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.2 และไม่มีพบว่ามีความวิตกกังวลในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 93.80 (SD = 11.90) โดยร้อยละ 71.8 มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 17.9 และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 10.3

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.50 (SD = 0.59) โดยร้อยละ 60.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 73.97 รองลงมาคือเพื่อน ร้อยละ 27.05 และจากพยาบาลน้อยที่สุด ร้อยละ 3.85

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 85.69 (SD = 10.94) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.3

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	ความวิตกกังวล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	การสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ความวิตกกังวล	1.00			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.57**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	-.12	.29*	1.00	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	-.48**	.58**	.35**	1.00

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

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อวิเคราะห์การกระจายและความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของข้อมูล พบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ถอดอยพหุคูณ และได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายทั้งหมด (multicollinearity) พบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ดังนั้นทุกตัวแปรจึงมีคุณสมบัติเพียงพอที่จะนำเข้ามาในสมการ

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (multiple regression analysis) พบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.48$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .58$, $p < .01$ และ $r = .35$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .41$, $F = 16.95$, $p < .001$)

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) ของตัวแปรแต่ละตัวในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ .39 ($p < .01$) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ -.23 ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ .21 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความถดถอยของสมการของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 78$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t
Constant	48.00	13.77		3.49**
ความวิตกกังวล	-.30	.14	-.23	-2.155*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.37	.11	.39	3.412**
การสนับสนุนทางสังคม	.20	.09	.21	2.213*

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

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 38.36$, $SD = 8.91$) แสดงว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับที่ปรับตัวจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมานานเฉลี่ยประมาณ 3.87 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยที่ดูแลมีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับน้อย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลใน

แต่ละวันไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก อีกทั้งยังมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 93.80$, $SD = 10.94$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 52.6 แต่โรคไม่ได้นรุนแรงและส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งทำงานได้ตามปกติ จึงอาจทำให้

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพในระดับดี อีกทั้งยังสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป ซึ่งจะมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และทำให้เกิดความเข้าใจในสุขภาพของตนเอง นำไปสู่ความตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 10.94$) อาจเนื่องมาจากร้อยละ 67.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ทำให้ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้มาจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือเพื่อน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้รับรู้ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพียงพอจากคู่สมรสและบุตร รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่ให้ความสนใจ ให้ความปรึกษา ช่วยแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจากสถานที่เป็นเพียงหน่วยตรวจ ทำให้ช่วงเวลาในการให้บริการค่อนข้างเร่งรีบ อีกทั้งในการให้บริการแพทย์และพยาบาลมักมุ่งเน้นที่ตัวโรคและอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 85.69$, $SD = 10.94$) อาจเนื่องมาจากประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาขึ้นไป และทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีการดูแลตนเองมากขึ้น มีการไปพบแพทย์และรับยาอย่างสม่ำเสมอ มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลตนเอง และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาพักผ่อน หรือมีเวลาเป็นของตนเองมากขึ้น ได้ออกกำลังกาย ได้ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น ได้ปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการหาข้อมูลในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถจดหาสิ่งที่จำเป็น ประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยด้วย

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.48$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ $-.23$ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลสูงขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองลดลง เนื่องจากความวิตกกังวลซึ่งพออ้างอิงได้ว่าเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง⁹ ถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับสูงจะส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ และการจดจำ ทำให้มีผลกระทบต่อการโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง^{8,19} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมลและคณะ¹³ ที่พบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง เมื่อมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .01$) และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .39 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น Orem⁸ เชื่อว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลมีความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง หากประเมินภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ก็จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และ Chen¹⁶ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ McDonald, Brennan และ Wykle¹⁷ ในผู้ดูแลสูงอายุพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .21 สามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Orem⁸ ที่มองว่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ โดยที่การสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับมาจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคลากรทางทีมสุขภาพ ซึ่งการได้รับความรัก การยกย่อง ความห่วงใย การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินทอง ตลอดจนการให้เวลาเพื่อช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับ

เห็นคุณค่าของตัวเอง ช่วยให้มีกำลังใจที่จะปรับตัวตนในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tang และ Chen¹⁶ และทิวารรณ เกื่อนยัง¹⁴ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Orem ปัจจัยที่ศึกษาทั้งความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมล้วนแต่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลเห็นแนวทางในการจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแล การลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างถูกต้อง และการให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือคำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นและมีประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทำให้ข้อจำกัดในลักษณะของประชากร คือ เป็นผู้ที่มิรายได้สูงและเป็นข้าราชการที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ และเนื่องจากการศึกษาแบบ cross sectional study ในการศึกษาปัจจัยทำนาย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเกิดก่อนซึ่งอาจเป็นสาเหตุ และปัจจัยใดเกิดขึ้นภายหลังซึ่งอาจเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรมีการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี
2. โรงพยาบาลควหาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการลดความวิตกกังวล และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือคำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ดูแล
3. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่มีลักษณะแตกต่างกันในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Boonyawattana K. Biographical recasting of family caregivers among disabled stroke survivors [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. 125 p. (in Thai).
2. Praiwan A. Needs of caregivers in caring at home for patients with cerebrovascular disease [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2007. 112 p. (in Thai).
3. Keatkrai P. The relationship between caregiving burden, self-care activities, and needs of support of working caregivers [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. 157 p. (in Thai).
4. Meesuk W. The factors predicting health status of caregivers of stroke patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2005. 114 p. (in Thai).
5. Jithanonda V. Mental health and associated factors of caregivers in stroke patients at Kingchulalongkorn memorial hospital [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. 146 p. (in Thai).
6. Okabayashia H, Sugisawab H, Takanashic K, Nakatanid Y, Sugiharar Y, Hougham GW. A longitudinal study of coping and burnout among Japanese family caregivers of frail elders. *Aging Ment Health*. 2008;12(4):434-43.
7. Suanjan P. The interrelationship of economic status, health status of caregivers, patient care activities and health status of stroke patients during the rehabilitation phase [master's thesis]. Nakhonsithammarat: Walailak University; 2007. 156 p. (in Thai).
8. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St.Louis: Mosby; 2001.
9. Hanuchareankul S. *Self-care: Art and science in nursing*. 6th ed. Bangkok: V.J. Printing; 2001. (in Thai).

10. Timtong P, Keeratiyutawong P, Sulasum R. Factors related to dependent care ability of caregivers in stroke patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2008;16(1):9-21. (in Thai).
11. Lu YY, Wykle M. Relationships between caregiver stress and self-care behaviors in response to symptoms. *Clin Nurs Res*. 2007;16(1):29-43.
12. Furlong KE, Wuest J. Self-care behaviors of spouses caring for significant others with Alzheimer's disease: The emergence of self-care worthiness as a salient condition. *Qual Health Res*. 2008;18(12):1662-72.
13. Wattradul D, Shanapan N, Tawongpear N, Boonyaranggit N, Srishoo N, Budmart P. Effect of health promotion program on self care knowledge, anxiety and behavioral change in stroke patients and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2010; 21(2):18-33. (in Thai).
14. Thuenyang T. Factors influencing health promoting behaviors among family caregivers of stroke patients [master's thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2011. 89 p. (in Thai).
15. Saetaew T. Relationships between personal factor, coping, social support, self-care practice, and health status in family caregiver of chronic schizophrenic patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. 99 p. (in Thai).
16. Tang YY, Chen SP. Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patient with stroke. *Health Promot Int*. 2002;17(4):329-39.
17. McDonald PE, Brennan PF, Wykle ML. Perceived health status and health-promoting behaviors of African-American and White informal caregivers of impaired elders. *J Nat Black Nurses Assoc*. 2005;16(1):8-17.
18. Greenwood N, Mackenzie A, Wilson N, Cloud G. Managing uncertainty in life after stroke: A qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(8):1122-3.
19. Srimanoi M, Phumonsakul S, Tadakant S. The effect of health counseling on anxiety and self-care agency of thalassemia-carrier pregnant women. *Rama Nurs J*. 2011;17(1):51-62. (in Thai).
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. Potiprasat C, Sukonthasarn A, Sucamvang K. Caring behaviors and social support among caregivers of persons with head injuries. *Nursing Journal*. 2005;32(1):105-19. (in Thai).
22. Rengratsamee S. Factors influencing quality of life in myasthenia gravis patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011. 149 p. (in Thai).
23. Rojpaisamkit K. Development of health perception scales for Thai adults [doctoral dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2001. 239 p. (in Thai).
24. Mungkietisakul A. Social support and adaptation in adolescents with cancer [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1999. 97 p. (in Thai).