



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

Factors Related to Hopelessness of Family Caregivers of Patients with Stroke in Community

ณวริษฐ์ พีระถาวรวิทย์¹, ภาวิณี แพงสุข¹, ชลดา กิ่งมาลา¹, ศุภวรรณ ชิมทอง¹

Nawarit Peerathawornwit¹, Pavinee Pangasuk¹, Chonlada Kingmala¹, Suphawan Kimthong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pavinee Pangasuk; Email: pavinee@bcsur.ac.th

Received: May 18, 2024 Revised: June 20, 2024 Accepted: October 25, 2024

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวัน จนเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 – เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีความสิ้นหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 58.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความเครียด ($r=.28, p<.01$) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ($r=-.23, p<.05$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r=-.27, p<.05$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=-.27, p<.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะควรดูแลญาติผู้ดูแลโดยการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเองและการมีพลังอำนาจแห่งตน เพื่อช่วยป้องกันความสิ้นหวังที่จะเกิดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ : ความสิ้นหวัง; ญาติผู้ดูแล; ระบบนิเวศวิทยา; โรคหลอดเลือดสมอง



Factors Related to Hopelessness of Family Caregivers of Patients with Stroke in Community

Nawarit Peerathawornwit¹, Pavinee Pangsuk¹, Chonlada Kingmala¹, Suphawan Kimthong¹

¹Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pavinee Pangsuk; Email: pavinee@bcnsurin.ac.th

Received: May 18, 2024 **Revised:** June 20, 2024 **Accepted:** October 25, 2024

Abstract

Caring for stroke patients at home is the duty of family caregivers to care for the patient continuously every day. Caring for a stroke patient affects the physical and mental of family caregivers. This descriptive correlation research aimed to examine level of hopelessness and factors related to hopelessness in family caregivers of patients with stroke at community. The participants were 85 family caregivers of patients with stroke residing in communities by purposive sampling. Data were collected by interview between May 2023 to April 2024 and were then analyzed using descriptive statistics, chi-square test and Pearson Correlation. The results showed most family caregiver of stroke patients had a moderate level of hopelessness 58.8% and factors associated with hopelessness were stress ($r=.28$, $p<.01$) length of time caring for the patient ($r=-.23$, $p<.05$) self-esteem ($r=-.27$, $p<.05$) and social support from family ($r=-.27$, $p<.05$). The results of this study suggest that caretaker relatives should be taken care of by counseling and promoting self-worth and self-empowerment. To help prevent hopelessness that will occur in relatives who care for stroke patients in the future.

Keywords: hopelessness; family caregiver; ecological system; stroke

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่มีประชาชนเสียชีวิตทั่วโลกอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2560 เท่ากับ 278.49 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565¹ ด้วยพยาธิสภาพของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อเนื้อสมอง จึงทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีร่องรอยความเสียหายหลงเหลืออยู่และต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพ ทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง²⁻³ หน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงตกเป็นของครอบครัว⁴ และครอบครัวจะมอบหมายให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) โดยในแต่ละครอบครัวนั้น อาจมีญาติผู้ดูแลหลายคน แต่ในทุกครอบครัวจะมีญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีกิจกรรมการดูแลมากที่สุดในครอบครัว⁵ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องทุกวันและมีภาระงานที่มาก ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้านกับญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ⁴ พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับค่อนข้างบ่อย อ่อนล้าและรู้สึกร่างกายทรุดโทรม⁶ ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระ เปื่อหน่าย⁷ เครียด⁴⁻⁵ และมีภาวะซึมเศร้า⁴ เป็นต้น ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบ เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย เป็นสถานการณ์สำคัญที่พบได้ที่บ้านในทุกช่วงของการดูแล วนเวียนให้ญาติผู้ดูแลต้องพบเจอเป็นวงจรทุก ๆ วัน จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยได้⁸⁻⁹

ความสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นอารมณ์ที่พบได้บ่อยในกลุ่มบุคคลที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นความรู้สึกการหมดหวังในผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้สูง¹⁰ และเป็นการที่บุคคลต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ซ้ำ ๆ และหลีกเลี่ยงไม่ได้ จนเกิดความรู้สึกหมดหนทางและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹¹ ซึ่งบุคคลที่มีความสิ้นหวัง อาจแสดงอาการโศกเศร้า ตอบสนองล่าช้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย ต่ำหนืดตนเอง ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล และความนับถือตนเองลดลง¹¹ และเมื่อมีความสิ้นหวังเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อบุคคลได้ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีประสบการณ์ในการเกิดความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยได้ และเกิดผลกระทบโดยตรงทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยตามมา¹² การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางกาย ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ คุณภาพการนอน⁹ อายุ ความคิดในการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่ดูแลในแต่ละวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาระในการดูแล¹³ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็ง¹⁴ ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁵⁻¹⁶ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน¹²

การศึกษาความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ความสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการดูแลผู้ป่วย เช่น เหนื่อยล้า ท้อแท้ใจ รู้สึกผิดและโทษตนเอง รู้สึกผิดหวังที่ดูแลแล้วอาการแย่ลง จนไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่งผลให้คุณภาพการดูแลเปลี่ยนแปลงไปและเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเอง สาเหตุที่ทำให้เกิดความสิ้นหวังมีทั้งจากญาติผู้ดูแลเอง ผู้ป่วยและจากครอบครัวที่ทำให้เกิดความสิ้นหวังเกิดขึ้น¹² ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการลดความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของระบบนิเวศวิทยา (ecological system theory)¹⁷ ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์



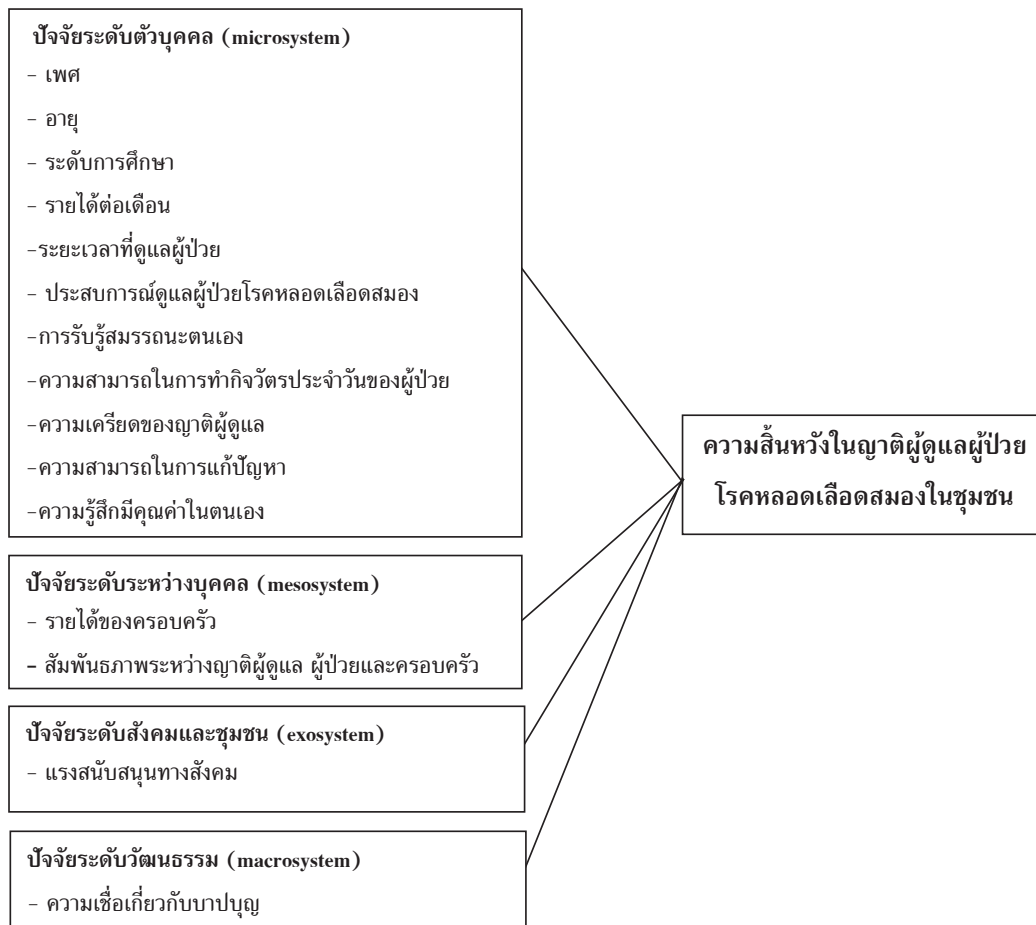
กับสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมขึ้น โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมนี้มีถึง 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับมิติของเวลา โดยกรอบแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้กว้างขึ้น โดยเฉพาะการมองปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความล้นหวังที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สาเหตุของการเกิดความล้นหวังมีทั้งระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ระดับระหว่างบุคคลคือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและระดับสังคมและชุมชนคือครอบครัว¹² และพบว่าที่ผ่านมาได้มีการนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยานี้ มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย^{5,18} โดยทำการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบว่ามีความเสี่ยงในจังหวัดที่มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 48.05 ต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ¹⁹ และพบว่าญาติผู้ดูแลมีความล้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย¹² ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ จะสามารถทราบปัจจัยป้องกันการเกิดความล้นหวังที่กว้างขวางมากขึ้น นำไปสู่การออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความล้นหวังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิด ecological system theory ของ Bronfenbrenner¹⁸ มาเป็นกรอบในการวิจัย เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลว่ามาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยความสัมพันธ์นั้น มี 5 ระดับ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในระดับตัวบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับเชิงเวลา ทำให้เรามองในด้านปัจจัยที่สามารถส่งผลให้ญาติผู้ดูแลล้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้ง 5 ระดับ ได้แก่ 1. ปัจจัยระดับตัวบุคคล (microsystem) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนตัวของญาติผู้ดูแล 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น (interpersonal) 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (exosystem) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับสังคมหรือชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (macrosystem) เป็นปัจจัยภายนอก เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์ในแต่ละระดับดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 85 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .37 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้¹³ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 68 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 25% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากคัดเลือกพื้นที่ในจังหวัดสุรินทร์ โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลาก (simple random sampling) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)



ได้แก่ เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 02-01-66 วันที่ 18 เมษายน 2567 และนักวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ได้แก่ การแจ้งรายละเอียดของงานวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การสอบถามความยินยอม การไม่บังคับและไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล การเปิดโอกาสให้ระบายนความรู้สึก การให้ชกถามข้อสงสัย การยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อเกิดความรู้สึกในแง่ลบต่อการเข้าร่วมวิจัย การไม่เปิดเผยชื่อ การเก็บรักษาความลับของข้อมูล และการให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกในด้านลบขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 11 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเจ็บป่วย สถานภาพ ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่กลับมาพักที่บ้าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 4 ระดับ คือ ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในระดับมาก ปานกลาง น้อยและไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนได้แก่ 31-40 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับมาก 21-30 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และ 10-20 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ประเมิน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนได้แก่ 12-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับเล็กน้อย 9 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับปานกลาง 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับสูง 0 - 4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับคือ สัมพันธภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้งและไม่เคยมีสัมพันธภาพดังกล่าวเลย คะแนนสูงสุด 100 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวม 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 73.35-100 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับมาก 46.68-73.34 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล



ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 20.00–46.67 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 15 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จากญาติ/เพื่อนบ้านและจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับคือ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ค่อนข้างมาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่ได้เลย คะแนนรวม 75 คะแนน มีคะแนนอยู่ในช่วง 75–15 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 56–75 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก 36–55 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 15–35 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลของ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ แบบสอบถามมี 34 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่ได้เลย คะแนนสูงสุด 170 คะแนน คะแนนต่ำสุด 34 คะแนน คะแนนรวม 170 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 124.67–170 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับมาก 79.34–124.66 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง และ 34–79.33 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับน้อย

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 13 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับ คือ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 65 คะแนนคะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนรวม 65 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 47.67–65 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมาก 30.34–47.66 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญปานกลาง และ 13–30.33 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญน้อย

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามความสามารถในการแก้ปัญหา ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ มีจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 20 ข้อ และข้อคำถาม เชิงลบจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มี 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยเห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุด 210 คะแนน คะแนนน้อยสุด 35 คะแนน คะแนนรวม 210 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 151.67–210 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะการแก้ไขปัญหาในระดับมาก 93.34 – 151.66 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะการแก้ไขปัญหาในระดับปานกลาง และ 35–93.33 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ไขปัญหาในระดับน้อย

ส่วนที่ 10 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนน้อยสุด 10 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 31–40 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก 21–30 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลางและ 10–20 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับน้อย

ส่วนที่ 11 แบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก (16 ข้อ) และข้อคำถามเชิงลบ (14 ข้อ) คะแนนมากหมายถึงมีความสิ้นหวังมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความสิ้นหวังน้อย คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 19–30 มีความสิ้นหวังในระดับมาก 11–18 มีความสิ้นหวังในระดับปานกลาง และ 0–10 มีความสิ้นหวังในระดับน้อย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทั้ง 11 ส่วนได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษาได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 ราย ปรับปรุงและทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง เท่ากับ .85 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .94 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว เท่ากับ .83 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .91 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล เท่ากับ .96 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เท่ากับ .93 แบบสอบถามความสามารถในการแก้ปัญหา เท่ากับ .87 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ .79 และแบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอนุมัติ จากนั้นดำเนินการแจ้งพื้นที่วิจัย ขอรายชื่อผู้ป่วย ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิจัยดำเนินการดังนี้

1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. สอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานที่ที่สะดวกและสบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่เป็นภาระต่อนักวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อราย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับของตัวแปร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square test)²⁰ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความเครียดของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รายได้ครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)²⁰ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 63.5) มีอายุเฉลี่ย 51.89 ปี (Min=19, Max=89, Mean=51.89, SD=13.97) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.8) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 48.2) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 65.9) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรชาย/บุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 47.1) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 44.7) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 97.6) และครึ่งหนึ่งมีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.9)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 81.2) มีอายุเฉลี่ย 72.18 ปี (Min=24, Max=96, Mean=72.18, SD=15.19) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 74.1) อาชีพก่อนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 63.5) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 54.1) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 44.7) และมีระยะเวลาที่กลับมารักษาที่บ้านอยู่ในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 45.9)

ส่วนที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความล้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับมาก มีความเครียดในระดับน้อย มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาในระดับปานกลาง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวในระดับมาก มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก มีความล้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ในระดับการพึ่งพาเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษา (n=85)

ปัจจัย	พิสัย	Mean	SD	ระดับ
ปัจจัยระดับตัวบุคคล				
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	21-40	34.65	4.70	มาก
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	0-20	9.09	6.74	เล็กน้อย
ความเครียด	34-118	53.46	22.99	น้อย
ความสามารถในการแก้ไขปัญหา	113-183	144.15	18.33	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	23-40	32.72	4.73	มาก
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล				
สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว	51-95	77.96	10.57	มาก
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน				
แรงสนับสนุนทางสังคม	38-75	57.01	10.45	มาก
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม				
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	36-65	57.53	7.54	มาก
ความล้นหวัง	4-30	16.23	5.83	ปานกลาง



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับต่าง ๆ กับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางบวก ได้แก่ ความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแล (n=85)

ปัจจัย	r/ χ^2	p-value
ปัจจัยระดับตัวบุคคล		
เพศ	.03	.84
อายุ	-.19	.07
ระดับการศึกษา	7.21	.06
รายได้ต่อเดือน	2.22	.69
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	-.23	.03*
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.43	.50
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.16	.14
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	.20	.06
ความเครียด	.28	.008**
ความสามารถในการแก้ไขปัญหา	-.17	.10
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.27	.012*
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล		
รายได้ของครอบครัว	-.12	.24
สัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว	-.10	.33
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน		
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	-.19	.08
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว	-.27	.012*
แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน	-.16	.12
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	-.06	.56
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม		
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	-.06	.56

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



อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับตัวบุคคล (microsystem) ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความเครียดของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดมากจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยภายในของญาติผู้ดูแลที่บั่นทอนความหวังมากที่สุด²¹ และความเครียดที่เกิดจากการมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปริมาณมากและต่อเนื่องรวมถึงการดูแลที่ไม่ประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลจนเกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้นและส่งผลให้เกิดความรู้สึกในด้านลบบ่อยครั้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จนทำให้เกิดความสิ้นหวังขึ้นได้²² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น²³ และความเครียดมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงไม่ถึง 1 ปี ซึ่งยังเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่มีพยาบาลและทีมสุขภาพช่วยเหลือ²⁴ ญาติผู้ดูแลที่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยจึงมีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นช่วงที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก²⁵ เป็นระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลเริ่มเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะแรกของการกลับมารักษาที่บ้าน ต้องเผชิญกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มากและหลากหลาย รวมถึงต้องพบเจอกับประสบการณ์ใหม่ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า จึงยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยทำให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยมาก²⁶ เกิดความเครียดจากการดูแล¹⁸ เกิดประสบการณ์เชิงลบในชีวิต และนำไปสู่การเกิดความสิ้นหวังเกิดขึ้น¹⁵

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยญาติผู้ดูแลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยจะทำให้มีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยภายในบุคคล ที่มีผลต่อความคิดความรู้สึกภายในญาติผู้ดูแลได้ หากบุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะทำให้เกิดความสิ้นหวังได้¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

และพบว่า ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (exosystem) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ปัจจัยคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวโดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่น้อย จะทำให้มีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ทั้งนี้เนื่องจาก แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นการสนับสนุนที่มอบให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ที่ลำบากหรือเป็นภาระของญาติผู้ดูแลที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกดีและส่งเสริมสุขภาพกายได้⁴ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยโดยอ้อมที่มีส่วนในการทำให้บุคคลเป็นแปลงความคิด เกิดความรู้สึกด้านลบจนเกิดความสิ้นหวังได้¹⁰ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ต้องดูแลที่บ้าน การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือกัน แบ่งเบาความรู้สึกและภาระหน้าที่ซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความหวังและมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย



ในทางที่ดีขึ้น²⁷ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจและความหวังของญาติผู้ดูแล²⁸ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยจะทำให้มีความหวังในการหายและผู้ป่วยจะเกิดความสิ้นหวังขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

ควรมีการออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียด ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองให้กับญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น การให้คำปรึกษา การจัดการกับความเครียด การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น

ด้านการนำไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแล ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. บุคลากรทางสุขภาพควรออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยในช่วงแรกอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงปีแรก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้คำปรึกษา และช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

References

1. Tiamkao S. Incident rate of cerebrovascular disease in Thailand. Thai journal of Neurology 2022;39(2): 39-46.(in Thai)
2. Sukruenbulaporn P. Nursing care for a stroke patient at home. The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj 2021;1(2);113-29.(in Thai)
3. Paksee N, Srivisai T, Khunkaew S. Preparation of family caregivers of patient with stroke on transitional care from hospital to home. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021;13(1);47-61. (in Thai)
4. Mollaoglu M. Caregiving and home care. Croatia: Intech. 2018.
5. Prombut P, Piaseu N, Sakulhongsohon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1);82-96.(in Thai)
6. Thongthawee B, Matchim Y, Kaewsriwong S. Family members' experience in providing care for persons with stroke: a phenomenological study. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(3); 179-91.(in Thai)
7. Tongaram A, Samartkit N. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden and caregiver' reward on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. Journal of Nursing Division 2017;46(3); 88-102.(in Thai)
8. Surakan P, Jongudomkarn D. The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: a synthesis of qualitative research theses. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen



- 2019;26(2);83-92.(in Thai)
9. Cao Z, Chen Y, Zhang H. Effects of fatigue, rumination thinking and sleep quality on the hopelessness of malignant tumor patients family caregiver. *Support Care Cancer* 2022;31(12); 631-46.
 10. Abramson, LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory – based subtype of depression. *Psychological Review* 1986;96(2);358-72.
 11. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The hopelessness theory of depression: a quarter century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2015;22(4);345-65.
 12. Pangsuk P, Kingmala C, Peerathawornwit N. Hopelessness experience of family caregivers of patients with stroke. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2024;34(1);160-73. (in Thai)
 13. Aloba O, Ajao O, Alimi T, Esan O. Psychometric properties and correlates of the beck hopelessness scale in family caregivers of Nigerian patients with psychiatric disorders in Southwestern Nigeria. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2016;7(1);18-25.
 14. Bannaasan B, Pothiban L. Hopelessness of cancer survivors. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2018;32(2);1-12. (in Thai)
 15. Yotthongdi N, Sunthornchaiya R. Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(1); 29-39.(in Thai)
 16. Samansap N, Soonthomchaiya R. Selected factors related to hopelessness among elderly patients with major depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012;26(3);57-70.(in Thai)
 17. Bronfenbrenner U. Making human beings human bioecological perspectives on human development. United States of America: Sage. 2005.
 18. Suanpan N, Terathongkum S, Sakunhongsophon S. Factors predicting stress on family caregivers of stroke survivors in selected community. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11(2);133-48.(in Thai)
 19. Department of Disease Control. Situation of NCDs diabetes hypertension and related factors report. Bangkok: Aksorn graphic and design. 2020.(in Thai)
 20. Munro BH. Statistical method for health research. New York: Lippincott. 2001.
 21. Dara R, Chouyboonchum T, Tiravanitkul R, Dechongkit S. Hope of parents in children with hearing impairments: a qualitative study. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2022;66(1); 77-84.(in Thai)
 22. Hooper LM, Lee SY, Tomek S, Jagers JW, Kim G, Church WT. Attachment to peers and school: longitudinal moderators of the relation between caregiver psychological distress and adolescent hopelessness. *Journal Youth Adolescent* 2023;52(5);931-949.
 23. Liu TL, Hsiao RC, Chou WJ, Yen CF. Hopelessness in caregivers of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: associations with depression and anxiety and multidimensionally related factors. *Journal of Formosan Medical Association* 2023;122(11);1158-1164.



24. Khomkham K, Rattanathanya D, Krainuwat K. Predictive factors for adaptation among caregivers of stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2015;16(2);114–122.
25. Kuptniratsaikul V, Thitisakulchai P, Sarika S, Khaewnaree S. The burden of stroke on caregivers at 1–year after discharge: a multicenter study. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 2018;28(1);8–14.(in Thai)
26. Pham TH, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(3);45–62.
27. Raetong P, Matchim M, Poosamang T. Experiences of stroke patients receiving palliative care in community: a phenomenological study. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2020;40(1);129–139.(in Thai)
28. Kaewkerd O, Chaiyasit Y, Vibulchai S, Kenthongdee W, Sirisawat M, Panput A, et al. Key factors of family adaptation to the illness of family members: an integrative review. *The Bangkok Medical Journal* 2020;16(1);95–101.(in Thai)