HE012

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Related Factors and Perception of Illness among Caregivers of Stroke patients

ฐาติมา เพชรน้อย[1]
อ้อยทิพย์ บัวจันทร์[2]
มุกดาวรรณ ชนะวงศ์[3]

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลับบ้านได้จะได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่บ้าน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลคือการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 85 คน ที่ผู้ป่วยมีอาการเกิดเป็นครั้งแรกและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1. การรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.52 S.D. = 0.53). การรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยของผู้ดูแลรายด้านพบว่า ด้านลักษณะ เฉพาะ ผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ป่วย ช่วงระยะเวลา และการแสดงออกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.12 S.D. = 0.71, $\overline{X}$ = 3.92 S.D. = 0.56, $\overline{X}$ = 4.06 S.D. = 0.52, $\overline{X}$ = 4.21 S.D. = 0.73 และ $\overline{X}$ = 4.05 S.D.= 0.67) ตามลำดับ และด้าน ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ดูแล และความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 3.01 S.D. = 0.64, $\overline{X}$ = 3.25 S.D. = 0.85, $\overline{X}$ = 3.46 S.D. = 0.66) ตามลำดับ 2. การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.79 S.D. = 0.62) และไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยของผู้ดูแล (r = 0.01 p < .05) ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยว่ามีผลกระทบตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมประเมินสถานการณ์ได้

---

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

พัฒนาความสามารถและทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Stroke is a major cause of disability in Thailand. The patients who survive are cared for in home settings, by caregivers. This descriptive correlational research aimed to study: 1) the perception of Illness among caregivers of stroke patients, 2) the relationship between the caregiver factors, 3) the nurse-supports, and 4) the perception of Illness among caregivers of stroke patients. The participants was selected through purposive sampling, consisted of 85 caregivers of first- time stroke patients who were admitted to a tertiary care hospital in the north eastern region of Thailand. Data were collected using the personal data questionnaire, the revised illness perception questionnaire, and The Nurse- Supports questionnaire. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient was used in the data analysis. The research findings showed that: 1) the overall perception of the caregivers had a moderate level ($\overline{X}$ = 3.52 S.D. = 0.53). For each dimension of the perception of illness, identity, consequences : patient, control : patient, timeline, and emotional expression were at high level ($\overline{X}$= 4.12 S.D. = 0.71, $\overline{X}$ = 3.92 S.D. = 0.56, $\overline{X}$ = 4.06 S.D. = 0.52, $\overline{X}$= 4.21 S.D. = 0.73, and $\overline{X}$ = 4.15 S.D. = 0.59) respectively. Dimension of consequences : caregiver, control: caregiver, and illness-coherence were at moderate level ($\overline{X}$ = 3.01 S.D. = 0.64, $\overline{X}$ = 3.25 S.D. = 0.85, and $\overline{X}$ = 3.46 S.D. = 0.66) respectively. 2) The overall nurse- supports had a high level ($\overline{X}$ = 3.79 S.D. = 0.62) which were not associated with the perception of illness among caregivers of stroke patients (r = 0.01 p < .05). The results of this study indicate that caregivers of stroke patients perceived the impact of illness from moderate to high level. The nurse-support factors had no relationship to caregiver perception of illness. Therefore nurses should promote caregivers to understand about disease in order to advise them appropriate perception of illness, this can evaluate the situation to develop the caregiver's ability and skills to support stroke patients at home, minimize the risk of complications, be able to undertake daily activities for quality of life both patients and caregivers.

Keywords : Perception of Illness, Caregivers, stroke' patients

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) คือภาวะที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เซลล์สมองค่อย ๆ ตายลง อาการแสดงพบว่ามีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง อ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลกและอันดับ 2 ในคนที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (World stroke organization, 2017) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ50 ที่หลังการรักษาในโรงพยาบาลแล้วสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ แต่ยังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต รวมทั้งสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกาย เกิดความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและทรงตัว ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง (วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2554) กลืนอาหารลำบาก เนื่องจากเส้นประสาทซึ่งควบคุมการเคี้ยว การกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นมีการทำงานที่ผิดปกติ บางรายสูญเสียประสาทการรับรู้เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพ (Rocco, et al., 2007) ด้านจิตใจ ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ซึมเศร้าท้อแท้ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ผู้ดูแล (Caregiver) จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประคับประคองจิตใจ สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย (Broderick, et al., 2004) ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลอาจทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย เครียดและวิตกกังวล มีความกลัว ไม่แน่ใจเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจะวิตกกังวลในระยะแรก ไม่ทราบว่าจะวางแผนดูแลอย่างไร กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Atteih, et al., 2010; Harnirattisai, Raethong, 2013) ซึ่งจากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Henriksson, Arestedt, 2013) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอาจเกี่ยวข้องกับ การปรับตัวด้านจิตใจของครอบครัว ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ที่อาจช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ดูแลและนำมาใช้วางแผน สนับสนุน ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและมีความวิตกกังวลลดลง

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมตนเอง (self-regulatory model) ของ ลีเวนทอล และคณะ (Leventral et al., 1984) และการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ลักษณะเฉพาะ 2) ผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล 4) ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ป่วย5) การสามารถในการควบคุมด้านผู้ดูแล 6) ช่วงระยะเวลา 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ทั้งนี้การสนับสนุนจากพยาบาลตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (instrument support)

4. วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ อุดตัน หรือแตกที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลัก โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงหรือเพศชายอยู่ในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเท่ากับ .05 ค่าประมาณความสัมพันธ์ (estimated population correlation) เท่ากับ .30 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน (Polit, 2010) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับผู้ป่วยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการป่วยตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน มีกำลังกล้ามเนื้อแขน-ขา ระดับ 3 ขึ้นไป (สามารถต้าน แรงโน้มถ่วงได้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับปรับปรุงของ มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris, et al., 2002) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้านดังนี้ 1) ลักษณะเฉพาะ (identity) 2) ผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย (consequences : patient) 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล (consequences : caregiver) 4) ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ป่วย (control : patient) 5) ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ดูแล (control : caregiver) 6) ช่วงระยะเวลา (timeline) 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย (illness-coherence) และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ (emotion representation) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนนจาก 1 ถึง 5 ตามลำดับ แปลผลระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยของผู้ดูแลของคะแนนรวมและรายด้านดังนี้ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และสูง (3.37-5.00)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนผู้ดูแลจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เปนแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮาส (House, 1981) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล 3) การสนับสนุนด้านการประเมิน และ 4) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ สม่ำเสมอ เกือบสม่ำเสมอ บางครั้งได้รับการสนับสนุนน้อยมาก และไม่ได้รับการสนับสนุน คะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนรวมคือ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และสูง (3.37-5.00)

แบบสอบถามชุดที่ 2 และ3 ผานการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผูทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ไดคาดัชนีความตรงตามเนื้อหาเทากับ 0.87 และ 0.95 ตามลำดับ นำไปทดลองใชกับผู้ดูแล จำนวน 30 คนไดค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s Alpha) ของแบบสอบถามทั้งสองชุดเท่ากับ 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมขอมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษสิทธิตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงรางงานวิจัยผานการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยมหาวิทยาลัยราชธานี ผูวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลดวยตนเองโดยกลาวแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงคในการวิจัย ขอความรวมมือในการเก็บขอมูลและชี้แจงวาการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไมมีผลตอกลุมตัวอยาง คำตอบหรือขอมูลทุกอยางจะถือเปน ความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยพร้อมให้การอธิบายเพิ่มเติมในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างแตละคนตอบแบบสอบถามเสร็จ ผูวิจัยตรวจสอบความครบถวนสมบูรณของแบบสอบถามและนำขอมูลทั้งหมดไปดำเนินการวิเคราะหขอมูลทางสถิติตอไปดวยคารอยละ คาเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และการสนับสนุนจากพยาบาลเปนรายดาน หาความสัมพันธโดยคำนวณคาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธของเพียรสัน

5. ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.3 มีอายุเฉลี่ย 42.5 ปี (.S.D=14.4) อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 58.3 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 37 อาชีพรับจ้างร้อยละ 30.5 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลานของผู้ป่วยร้อยละ 64.7 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40.7 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 16-24 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 38.9 ไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 63.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 36.1 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 64.8 มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 72 โดยมีจำนวนผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย 1-2 คนร้อยละ 66.7 เหตุผลที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ร้อยละ70.4 ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 84.3 ผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยคือพยาบาลร้อยละ 70.4 ข้อมูลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ การทำกายภาพบำบัดร้อยละ 76.9

การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลโดยรวมมีการรับรู้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านลักษณะเฉพาะ ผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ป่วย ช่วงระยะเวลาการแสดงออกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง และด้านผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ดูแล ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวม	3.52	0.53	ปานกลาง
การรับรู้ความเจ็บป่วยรายด้าน			
ลักษณะเฉพาะของโรค	4.12	0.71	สูง
ผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย	3.92	0.56	สูง
ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล	3.01	0.64	ปานกลาง
ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ป่วย	4.06	0.52	สูง
ความสามารถในการควบคุมด้านผู้ดูแล	3.25	0.85	ปานกลาง
ช่วงระยะเวลา	4.21	0.73	สูง
ความเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วย	3.46	0.66	ปานกลาง
การแสดงออกทางด้านอารมณ์	4.15	0.59	สูง

การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมและรายด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวม	3.79	0.62	สูง
การสนับสนุนจากพยาบาลรายด้าน			
การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.84	0.62	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูล	4.08	0.55	สูง
การสนับสนุนด้านการประเมิน	3.59	0.53	สูง
การสนับสนุนด้านเครื่องมือ	3.65	0.77	สูง

การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3 ($r = 0.01$, $p > .05$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	ด้านโดยรวม	1	2	3	4	5	6	7	8
การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวม	0.01	0.02	0.02	-0.01	0.04	-0.01	0.03	-0.05	0.03

$p < .05$

6. การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น (รัตนาภรณ์ ศุภษร, 2554) และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.3ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมของไทยเพศหญิงมักมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยทั่วไป ดังนั้นเพศหญิงจึงมักสนใจเรื่องสุขภาพ (อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550) ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นลูกหลานกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 64.70 นอกนั้นเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความผูกพันกันเป็นเครือญาติ ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจและ มองว่าเป็นบทบาทที่ต้องรับผิดชอบโดยตรง ปรับจิตใจให้อยู่กับภาระหน้าที่ได้ การมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้นช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น (Glubvong, 2014) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ต่อความเจ็บป่วยว่าไม่ส่งผลกระทบที่รุนแรง

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ดูแลคือการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความ สัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นอาจจะมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วในระยะ 6 เดือน และ1ปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ดูแลในระยะยาวรวม ถึงการงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง พัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมพลังกาย พลังใจ พลังความรู้ให้ทั้งตัวผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

8. เอกสารอ้างอิง

1. รัตนาภรณ์ ศุภษร. (2554). **การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง.** วารสารวิจัยเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด.
2. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, รัตนาภรณ์ คงคา, วิชชุดา เจริญกิจการ. (2554). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ปราณี ทู้ไพเราะ, บรรณาธิการ.** การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (2). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. สถาบันประสาทวิทยา. (2556). **คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.** พิมพ์ครั้งที่3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. เสาวลักษณ์ กองนิล. (2557). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ.** วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย;4(1).
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). **คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.).** นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
6. อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550). **ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่.** การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. Atteih S, Mellon L, Hall P, Brewer L,Horgan F, Williams D,et al. (2015). **Implications of stroke for caregiver outcomes: findings from the ASPIRE-S study.** International Journal of Stroke; 10(6).
8. Broderick, J., William, M. Feinberg Lecture. (2004). Stroke therapy in the year 2025: Burden, breakthroughs, and barriers to progress. Stroke; 35.
9. Glubvong M. (2014). **Factors affecting burnout and care behavior of caregivers of**

schizophrenia patients. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; (in Thai).

10. Harnirattisai T, Raethong P. (2013). **Perceived preparedness in caregiving among stroke's caregivers.** Thammasat Journal of Science and Technology; 21 Suppl 7. (in Thai).
11. Henriksson A. Arestedt K. (2013). **Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study.** Palliative Med; 27(7)
12. House, J. S. (1981). **Work stress and social support.** California: Addison-Wesley.
13. Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D.J. (1984). **Illness representations and coping with health threats. In Handbook of Psychology and Health.** (Ed. Baum et al) Lawrence Erlbaum.
14. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron L.D., and Buick, D. (2002). **The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).** Psychology and Health, 17(1).
15. Polit, D. F. (2010). **Statistics and data analysis for nursing research (2 nded).** Pearson Education Inc: New Jersey.
16. Rocco, A., Pasquini, M., Cecconi, E. et al. (2007). **Monitoring after the acute stage of stroke: a prospective study.** Stroke; 38.
17. World Stroke Organization. (2017). **World stroke campaign.** Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org. Cited on August 1, 2017.