

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวเฟื่องฟ้า สีสวย

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

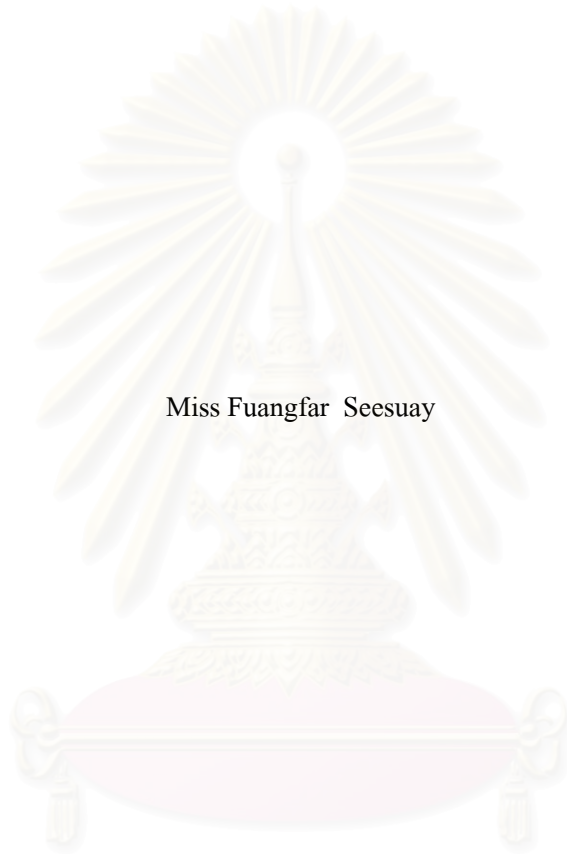
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS IN PATIENTS WITH STROKE
AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Fuangfar Seesuy

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

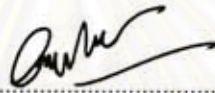
นางสาวเพ็ญฟ้า สีสวย

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท สาขาจิตวิทยา

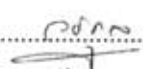


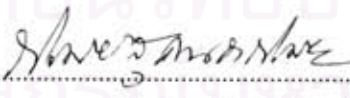
.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล)

..........อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล)

..........กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)

เฟื่องฟ้า สีสวย : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS IN PATIENTS WITH STROKE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. พวงสร้อย วรกุล, 136 หน้า.

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) 3)แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย World Health Organization Quality Of Life - BREF (WHOQOL - BREF - THAI) มีค่าความเชื่อมั่น $\gamma = 0.84$ และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น $\gamma = 0.88$ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ Chi-square, t-test, One-Way ANOVA, Stepwise Multiple Linear Regression Analysis

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 76.9 และเพศชายร้อยละ 23.1 มีอายุเฉลี่ย 46.7 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 31.2 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.4 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 และสำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลางทุกด้านคิดเป็นร้อยละ 53.5, 50.8, 65.0 และ 86.9 ตามลำดับ 3) ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย และการสนับสนุนทางสังคมและที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และ 4) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัวทางกายและรายได้ โดยร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 44.7

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....^{หิวดฟ้า} ^{สีสวย}
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก *W. S. R. S.*
ปีการศึกษา.....2550.....

##4974762730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : QUALITY OF LIFE, CAREGIVERS, PATIENTS WITH STROKE

FUANGFAR SEESUAY : QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS IN
PATIENTS WITH STROKE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL
HOSPITAL. THESIS PRINCIPLE ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGSOI
WORAKUL, 136 pp.

The purpose of this research were to study quality of life and associated factors among caregivers in patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital. This study was cross-sectional and descriptive study. The samples were 260 caregivers of patients with stroke at Neurology Clinic, Medical Outpatient Department of King Chulalongkorn Memorial Hospital. All subjects completed 4 questionnaires; 1) demographic forms 2) Barthel Activities of Daily Living Index (Barthel ADL Index) 3) World Health Organization Quality Of Life – BREF (WHOQOL-BREF-THAI), $\gamma = 0.84$ and 4) social support questionnaire, $\gamma = 0.88$. The data analysis was performed by using SPSS software version 11.5. Statistics utilized consists of mean, percentage, standard deviation, Chi-square, t-test, One-Way ANOVA and Stepwise Multiple Linear Regression Analysis significant at .05 level.

Major findings were as follows 1) Most of subjects were female 76.9% and males 23.1 %. The average age was 46.70 years. Most of subjects had finished Bachelor's degree and above (31.2%) and were married status (50.4%). 2) The majority of subjects had the moderate level of quality of life (70.8%). Their quality of life in physical, psychological, social relationships and environment aspect were also at moderated level 53.5%, 50.8%, 65% and 86.9% respectively 3) The associated factors of quality of life were age, marital status, income, financial status, physical illness, social support ($p < 0.01$) and hour of care ($p < 0.05$) and 4) The predictor of quality of life include social support, physical illness and income with predictive value of 44.7 percent ($p < 0.05$)

Department :Psychiatry.....Student's Signature.....*Fuangfar Seesuy*.....
Field of Study :Mental Health.....Principle Advisor's Signature.....*Puangsoi Worakul*.....
Academic Year.....2007.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและเอื้อเฟื้อของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทั้งในและนอกเวลาราชการ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ลงได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล ผู้ให้เกียรติมาเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาทำ ให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุชวณิชชัยที่ได้อนุญาตในการใช้เครื่องมือแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และฝ่ายการพยาบาล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ กราบขอบพระคุณ คุณศิริลักษณ์ ลีโยพุทธวงศ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะทางตึกกปร.3 คุณสุภา พิทักษ์รัตนาศัย คุณขนิษฐา มงคลชีพ ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมตึกกปร.1 และเจ้าหน้าที่ตึกกปร. ชั้น 1 และ 3 ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณนันทิกา จารุสมบัติ และคุณนุชนาถ อัครนิมิตต์ ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกกปร.15 ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบคุณฉันทนา แรงสิงห์ และคุณชวงส์ อุบาสี ที่คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประเสริฐ สีสวย และคุณแม่ชลอ สีสวย ที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงลงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	9
คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง.....	9
ประเภท.....	9
ปัจจัยเสี่ยง.....	10
อาการ.....	12
วิธีการรักษา.....	14
ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	24
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	40
วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
รูปแบบการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4	47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
5	95
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	112
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	112
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก การบริหารงานวิจัยและตารางปฏิบัติงาน.....	123
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	136

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนและค่าร้อยละจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	48
2	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย.....	53
3	แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	54
4	แสดงจำนวนและค่าร้อยละของคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวมและแยกเป็นรายด้าน.....	55
5	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และFisher’s exact.....	56
6	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยกับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และ Fisher’s exact.....	59
7	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และ Fisher’s exact	59
8	แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวม กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test...	60
9	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA	62
10	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	63
11	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	64
13	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	64
14	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีชั่วโมงในการดูแลแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	65
15	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	66
16	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	66
17	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	67
18	แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test.....	68
19	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA	69
20	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	71

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
21	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	71
22	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	71
23	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA ...	72
24	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	73
25	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	73
26	แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test	74
27	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA	75
28	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	76
29	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	77

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
30	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	77
31	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	78
32	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	78
33	แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ t-test	79
34	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	80
35	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	82
36	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	82
37	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	82

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
38	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	83
39	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe	83
40	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	84
41	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	85
42	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ วิธีของ scheffe.....	85
43	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA....	86
44	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	86
45	แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test	87

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
46	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	88
47	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของscheffe	90
48	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	90
49	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	91
50	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	91
51	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA	92
52	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA.....	93
53	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe.....	93
54	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	94

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โรคนี้จัดได้ว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ของเพศชาย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของความพิการ และทุพพลภาพที่สำคัญอีกด้วย จึงถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของประชากร นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 5 ที่พบบ่อยในสหรัฐอเมริกา จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้ 550,000 – 750,000 คนในแต่ละปี โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ซึ่งพบมากในวัยสูงอายุมากกว่าวัยหนุ่มสาว คิดเป็นอัตราส่วน 6:1 [1] โดยพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี สูงถึงร้อยละ 80 [2] สำหรับในประเทศไทยในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้อยู่ประมาณ 500,000 คนต่อประชากร 70 ล้านคน [3] นับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ประชากรในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ โดยมีลักษณะการเกิดแบ่งเป็นเกิดจากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ ทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใด และอาการที่แสดงขึ้นอยู่กัตำแหน่งของสมองส่วนที่ได้รับอันตราย เช่น สมองส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมสั่งการการเคลื่อนไหว จะมีอาการอ่อนแรง สมองส่วนที่ ควบคุมการพูด จะมีอาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก สมองส่วนที่รับผัสชอบการมองเห็นอาจทำให้มีอาการตามัวหรือตาบอดข้างใดข้างหนึ่ง แต่ถ้าโรคเป็นน้อยและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยอาจหายได้เองในเวลาเป็นนาที หรือเป็นชั่วโมง ถ้าเป็นมากและรุนแรงผู้ป่วยอาจเสียชีวิตลงได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ก็มักจะมีอาการพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอีกร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ และในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ยังทำงานในอาชีพเดิมได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่เสียชีวิตก็มีโอกาสพิการและความพิการนั้นขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวและฟื้นฟูสภาพแตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการสูญเสียการทำงานอย่างมากทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นในระยะพักฟื้นผู้ป่วยมักมีความพิการร่วมด้วยได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การควบคุมอวัยวะเกี่ยวกับการพูดผิดปกติ การกลืนอาหารลำบาก การเคลื่อนไหวช้า ระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะผิดปกติ มีภาวะปัสสาวะกั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ และมีความรู้สึกทางเพศลดลงทั้งเพศหญิงและชาย อีกทั้งอาจพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ในรายที่เจ็บป่วยเป็นเวลานาน เช่น การเกิดข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ กระดูกโป่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน แผลกดทับและปอดบวม [4]

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติด้านจิตใจด้วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคมและภาวะซึมเศร้า [5] มีงานวิจัยของไฟเบล และสปริงเจอร์ [6] พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้านร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้า เกิดความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความรู้สึกผิดหวังในชีวิต และอดทนต่อความเครียดได้น้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังคิดทำร้ายตนเองและคิดฆ่าตัวตาย [7] เนื่องจากความพิการและความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้ดูแล [8]

แต่เดิมสังคมไทยมีโครงสร้างทางสังคมแบบครอบครัวขยาย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่มักเป็นญาติกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการแสดงถึงความกตัญญู กตเวทิต์อันเป็นค่านิยมที่ครอบครัวไทยให้การยอมรับ และเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย [9,10] เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น กิจกรรมต่างๆ จึงเพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิม อาทิ ด้านการให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้ การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นผู้ประสานงานในการติดต่อกับสถานพยาบาล รวมถึงเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจ [11,12] รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและต้องคอยปลอบโยนให้กำลังใจด้วย จากบทบาทต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วยจัดเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยทำอยู่ จึงจัดเป็นงานที่หนักในการกระทำ แต่ในสังคมปัจจุบัน สภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก ครอบครัวต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ประทังประคองเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นจึงมีครอบครัวส่วนหนึ่งที่ต้องหาผู้ดูแลมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติกับผู้ป่วย จากการศึกษาของต่างประเทศพบว่า กลุ่มผู้ดูแลนี้ได้รับค่าจ้างค่า ไม่เพียงพอ ขาดการอบรมฝึกฝน สถานะทางสังคมต่ำมีโอกาสก้าวหน้างานน้อย รวมทั้งความต้องการการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากงานที่ต้องรับผิดชอบ

ถึงเหล่านี้ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้น[13] อีกทั้งความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยก็ย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่เป็นญาติ ผู้ดูแลเหล่านี้ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากมาย ทั้งที่ไม่เคยมีความผูกพันกันมาก่อน แต่เพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติได้ ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้ดีกว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของตน จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เกิดการไม่เอาใจใส่ผู้ป่วยหรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วยได้[14]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อสภาพจิตใจ และร่างกายรวมทั้งครอบครัวและคนรอบข้าง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆ จากการศึกษาของบราวน์ [15] พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย และผู้ดูแลจะมีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวเนื่องจากถูกจำกัดทางสังคมซึ่งปัญหาต่างๆ ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในการบริหารเวลา การมีเวลาเป็นอิสระส่วนตัว ทำให้โอกาสที่ผู้ดูแลจะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง [16] และจากการศึกษาของ Ekberg [17] ถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คู่สมรสมีอาการบ่งบอกถึงภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีคนเข้าใจ ความรู้สึกที่สำคัญและพบมากที่สุดคือ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สภาพจิตใจที่แย่ของผู้ดูแล ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีจำกัด ซึ่งส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดลง จะเห็นได้ว่าบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล [18] ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา จากการศึกษาของสาคีรี หรือญุณนะ [19] ในเรื่องของแบบแผนการดำเนินชีวิต และรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะมีเวลาน้อยในแต่ละวันในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด โกรธง่าย เครียด [20] ซึ่งนับได้ว่าปัญหาดังกล่าวจะนำมาซึ่งภาวะวิกฤตของครอบครัว คุณค่าต่อความผาสุกและการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาและได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบรายงานการศึกษา ซึ่งบางครั้งอาจถูกมองข้ามความสำคัญไป เนื่องจากการดูแลรักษาเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแล ทำให้อาจมีผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และเป็นข้อมูลพื้นฐานอันจะนำไปสู่การจัดการเพื่อหาแนวทางในการป้องกัน แก้ไขและให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสุข ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วย
 - ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม
 - ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Barthel ADL)
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ซึ่งอาจมีปัจจัยอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลหรือแหล่งอื่นๆ จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถินันต์กรกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุบรรณ, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุลและราณี พรมานะจิริงกุล [21]

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนและต้องดูแลอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

- **ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Relative Caregivers)** หมายถึง ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตรหรือญาติ โดยอาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ และใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

- **ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ (Non-relative Caregivers)** หมายถึง ผู้ดูแลซึ่งไม่มีความสัมพันธ์โดยการเป็นญาติกับผู้ป่วยอาจรวมถึงคนรับใช้ ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Patients with Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาธิสภาพทำให้มีการสูญเสียความสามารถควบคุมตนเอง และต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งประเมินจาก Barthel ADL Index โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 3 เดือนเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) หมายถึง คะแนนการประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากันมีตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ

ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงจะแสดงระดับการพึงพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานอันจะนำไปสู่การจัดการเพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพตระหนักถึงปัญหา และหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจเรื่องดังกล่าวต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น
(Independent Variables)

ตัวแปรตาม
(Dependent Variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

- คำจำกัดความ
- ประเภท
- ปัจจัยเสี่ยง
- อาการและอาการแสดง
- การวินิจฉัยและการตรวจเพิ่มเติม
- วิธีการรักษา
- ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย

- ความหมาย
- ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- ความหมาย
- องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
- ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- การประเมินคุณภาพชีวิต

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่นิยมเรียกว่า Stroke มีชื่อเรียกอื่น คือ Cerebrovascular disease (CVD) หรือ Cerebrovascular accident (CVA) โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ชื่อหลัง เนื่องจากอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ชื่อที่นิยมเรียกกันในภาษาไทย คือ โรคอัมพาต ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์

องค์การอนามัยโลก [22] ได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

National Institute of Neurological Disorders and Stroke [23] ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาพิษสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง [24]

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง จะทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือดไป เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด สาเหตุของหลอดเลือดตีบตันเกิดได้จาก

1.1 มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง เกิดจากมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆ จน

มีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่ บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง การเกิดหลอดเลือดแข็งนี้พบได้มากในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุราจัด แนวทางการป้องกันก็คือการระวังรักษาและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนน้อยเกิดหลอดเลือดอุดตันจากโรคหลอดเลือดเอง เช่น หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด หลอดเลือดอักเสบ หรือมีความผิดปกติในการแข็งตัวของหลอดเลือด

1.2 มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ่มเลือด คือเลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองแตกอาจแบ่งได้เป็น

2.1 หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมองผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2.2 หลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใดผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วะยะแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต และสิ่งที่จะต้องหลีกเลี่ยง และให้การรักษาหรือป้องกัน ได้แก่

1. อายุ จากสถิติอุบัติการณ์การตายของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นอายุที่มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญพบว่าอัตราความชุกของโรคนี้เพิ่มตามอายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์เพิ่มเป็น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี [25]

2.โรคความดันโลหิตสูง ภาวะนี้พบว่าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และทำให้เกิดโรคอัมพาตได้มากทั้งชนิดหลอดเลือดแตกและหลอดเลือดตีบ ภาวะโรคความดันโลหิตสูงนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติสูงถึง 3-17 เท่า แล้วแต่อายุความรุนแรงของ ความดันโลหิตสูง

3.โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานานๆ โดยมีได้รับการรักษา หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกายและถ้าเป็นที่หลอดเลือดของสมองจะเกิดอัมพาตขึ้น อัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า

4.โรคหัวใจและภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจรูห์มาติก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจพิการ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการมีลิ่มเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง

5.ภาวะที่มีไขมันสูงในหลอดเลือด ทั้งชนิด cholesterol, triglyceride, ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง อันจะมีผลตามมาทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย

6.การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นั้นจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า

7.แอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอัมพาต และยังเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิด thromboembolism โดยเกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น อีกทั้งพิษของแอลกอฮอล์ยังทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้

8. ความอ้วน (Obesity) โรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และทำให้ผู้ป่วยมีไขมันในหลอดเลือดสูง อันจะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้มากกว่าคนธรรมดา

9.ภาวะเครียด การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไปจะยังผลให้เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และจะทำให้เกิดมีอัมพาตตามมาได้

10.ภาวะขาดการออกกำลังกาย การที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดภาวะเครียด ซึ่งจะเป็ปัจจัยเสริมต่อการเกิดอัมพาต ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า การออกกำลังกายของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อาจมีผลให้ลดระดับของไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และเพิ่มไขมันที่มีประโยชน์กล่าวคือทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัวได้อีกด้วย

11.ยาเม็ดคุมกำเนิด ในผู้หญิงอายุมากกว่า 35 ปีที่รับประทานยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4-11 เท่าของผู้หญิงที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด เนื่องจากผลของยาทำให้เส้นเลือดตีบตัน สมองขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมด้วย

จะส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง และก่อให้เกิดเส้นเลือดแข็ง 2-17 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยด้วย

12.ปัจจัยทางพันธุกรรม มีการศึกษาพบว่า ในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติเป็นโรคนี้ถึง 4 เท่า

13.การอยู่ในภาวะที่มีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติเป็นเวลานาน เช่น ภาวะช็อก มีเลือดออกมากขณะผ่าตัด เนื่องจากทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

14.โรคปวดศีรษะข้างเดียว หรือ Migraine เป็นโรคที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด มีการหดตัวและขยายตัวมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากสาร Serotonin ทำให้เส้นเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงสมองน้อย ทำให้เกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกตามมาได้ ซึ่งเรียกว่า Complicated migraine แต่พบได้น้อย

15.ผู้ป่วยที่เคยเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตมาก่อน (Previous stroke) จากการศึกษาของ National survey of stroke ในสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์เกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนจะสูงกว่าผู้ที่เป็ครั้งแรกถึง 36-50 เท่า และถ้คำนวณเป็นค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตพบว่ามีค่าสูงถึงร้อยละ 4-7 ต่อปี

อาการและอาการแสดง

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีอาการเป็นขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด มีน้อยรายที่จะมีอาการเตือนมักจะมีประวัติว่าสบายดีมาก่อน อยู่ดีๆ ก็มีอาการชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ทราบและรู้จักกันดีคืออาการอัมพาตครึ่งซีกหรือชาครึ่งซีก เนื่องจากตามทีกกล่าวมาแล้วข้างต้นว่าสมองแต่ละซีกทำหน้าที่คุมร่างกายซีกตรงข้าม แต่อาการพิการเฉพาะที่อื่นๆที่เกิดจากสมองก็เป็นได้แทบทุกอย่าง เช่น มองไม่เห็นครึ่งซีก, พูดไม่ชัด, กลืนไม่ได้, ไม้รู้ตัว ฯลฯ อาการที่สำคัญได้แก่

1. อ่อนแรงครึ่งซีก มีอาการแขนขาอ่อนแรง ยกไม่ถนัดเดินลำบาก อาจมีปากเบี้ยวร่วมด้วย อาการอ่อนแรงนี้ถ้เป็นน้อยอาจเรียกว่า อัมพฤกษ์ ถ้เป็นมากจนขยับไม้ได้เลยเรียกว่า อัมพาต
2. ชาครึ่งซีก อาจพบร่วมกับอาการสมองอ่อนแรง หรือไม้ก็ได้ ชาในที่นี้หมายถึงการเสียวความรู้สึกเจ็บ, สัมผัส เมื่อหยิกหรือจับบริเวณที่ผิดปกติจะรู้สึกน้อยลงหรือถ้เป็นมากอาจไม่รู้สึกละเลย
3. ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เกิดอาการทำงานของกล้ามเนื้อลิ้นและปากผิดปกติ สืบเนื่องมาจากโรคในสมอง
4. พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือฟังภาษาพูดไม้เข้าใจ เกิดจากโรคที่สมองซีกซ้ายซึ่งเป็นสมองข้างเด่นควบคุมเกี่ยวกับภาษา

5. คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ โดยทั่วไปอาการเหล่านี้มักจะเกิดจากโรคหูส่วนใน แต่ก็อาจมีบางครั้งที่เกิดจากโรคหลอดเลือดบริเวณก้านสมอง
6. อาการเห็นภาพซ้อนเป็น 2 ภาพ มักจะเกิดจากโรคบริเวณก้านสมอง
7. เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ อาจร่วมกับอาการอ่อนแรงหรือไม่ก็ได้ เกิดจากโรคบริเวณสมองน้อย หรือก้านสมอง
8. หมดสติทันที มักจะเกิดจากสมองเสียการทำงานไปมาก โดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกที่รุนแรง

ในกรณีที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้ อาเจียนมากร่วมกับอาการอ่อนแรง ในบางรายอาจถึงกับหมดสติ ความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดโรค และปริมาณของสมองที่ถูกทำลายไป ถ้าโรคเป็นน้อยและได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยก็อาจหายได้เองในเวลาเป็นนาที หรือเป็นวัน ถ้าเป็นมากและรุนแรงผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการพอช่วยตัวเองได้ บางรายอาจช่วยตัวเองไม่ได้ต้องมีคนพยาบาลตลอดเวลา หรือบางรายอาจไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายเลยก็ได้

การวินิจฉัยและการตรวจเพิ่มเติม

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอาศัยประวัติ และการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่

1. การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จะช่วยให้การวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น สามารถทำได้รวดเร็ว มักจะทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทุกราย
2. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ MRI จะตรวจได้ชัดเจนแม่นยำกว่า เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แต่กินเวลานานกว่าและราคาสูงมากกว่า จึงมักใช้ในรายที่จำเป็น
3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์ ใช้ตรวจหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอได้เป็นอย่างดี จึงเป็นที่นิยมใช้ในการตรวจหาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันบริเวณนี้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ตรวจหลอดเลือดสมองได้ด้วย
4. การตรวจหัวใจ รวมถึงการตรวจคลื่นหัวใจ และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าอาจจะมีโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุ
5. การตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจเลือดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคและการตรวจภาพรังสีปอด
6. การตรวจด้วยการฉีดสีเข้าหลอดเลือด ทำได้โดยผ่านสายสวนเข้าไปในหลอดเลือด และฉีดสีเพื่อดูหลอดเลือด เป็นวิธีที่ค่อนข้างยุ่งยาก ใช้เฉพาะบางกรณีที่มีความจำเป็น เช่น ตรวจหาหลอดเลือดโป่งพองในสมอง เป็นต้น

7. การตรวจเลือดเพื่อค้นหาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อดูโรคเบาหวาน การตรวจไขมันในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด เป็นต้น

วิธีการรักษา

ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาใหม่ๆ ที่อาจจะช่วยให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและลดการเกิดความพิการได้ อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ที่มีอาการจะต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน เนื่องจากถ้ามาพบแพทย์เร็วภายใน 3-6 ชั่วโมง ก็จะมีโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ได้ผลดี นอกจากการรักษาตามสาเหตุการเกิดโรคแล้ว การป้องกันที่ดีที่สุดคือการระวังรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค เช่น การควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม ควบคุมน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด ซึ่งการรักษาแบ่งออกได้ดังนี้

1. รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง ไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้ว จะทำให้โอกาสที่จะขาดเลือดเพิ่มขึ้นได้

2. ให้อาการเกร็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

3. ให้อาการเลือดแข็ง (anticoagulant) โดยให้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มแล้วไม่ได้ผล ยังคงมีอาการอยู่ รายที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน รายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด

4. การลดความหนืดของเลือด (blood viscosity) โดยเพิ่มปริมาณนำเลือดเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความหนืดและทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

5. ให้อาการสมองบวม ที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ สเตียรอยด์ (steroid) ซึ่งเชื่อกันว่าควรใช้ในระยะเวลาที่สมองบวม และสารเข้มข้น (hyperosmolar) ต่างๆ เช่น แมนนิทอล (mannitol) กลีเซอรอล (glycerol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมาก

การรักษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการรักษาทางยา ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ ซึ่งวิธีการผ่าตัดมีดังนี้

1. การผ่าตัดหลอดเลือดคอเอาลิ้มเลือดออก (Endarterectomy) โดยการเอาผนังหลอดเลือดชั้นในสุดและชั้นกลางออก เหลือไว้แต่เนื้อเยื่อชั้นนอก และผนังหลอดเลือดชั้นนอกเท่านั้น

2. การผ่าตัดต่อหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะเข้ากับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (Extracranial & Intracranial anastomosis)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

1. **ด้านร่างกาย** ความรุนแรงขึ้นอยู่กับบริเวณและขนาดของสมองที่ได้รับอันตรายจากโรค ซึ่งผลกระทบส่วนใหญ่มาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ดังนี้ [26]

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวาย ขาดความมั่นคงในการเคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือในบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง แขนและขาเหยียดลำบาก ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น จะทำให้มีอาการเกร็งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาปวดไหล่ และถ้ามีอาการเกร็งเป็นอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพกและข้อเท้า สูญเสียหน้าที่และเหยียดออกได้ลำบาก เป็นเหตุให้เกิดความลำบากในการเคลื่อนไหวแขนและขาส่วนที่มีอาการ

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เช่น พูดไม่ชัด เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดาน ทำให้อวัยวะทำงานไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจะตะกุกตะกัก ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งๆ ที่มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ถูกทำลาย ส่วนในผู้ป่วยที่สมองบริเวณโบรคา (Broca's area) ถูกทำลาย ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูดและสัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในบางรายอาจเขียนไม่เป็นประโยค จากความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสารเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้ อาจทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ เช่น ความผิดปกติของประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การเคี้ยว การเคลื่อนไหวของลิ้น และการสูญเสียรีเฟล็กซ์การขย้อน (gag reflex) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้

ริมฝีปากปิดเม้มได้ไม่แน่น การเคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารให้ไปในทิศทางต่างๆ ได้ ในรายที่กล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรงจะทำให้ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบาก และถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนอาหาร ซึ่งมีรายงานว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะเกิดการสำลักอาหาร และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น [27] จากความผิดปกติดังกล่าวข้างต้นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อการบินและการเดิน ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ มีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังด้านที่เป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถกะระยะทาง ขนาดตำแหน่ง ความเร็วในการเคลื่อนไหว ความบกพร่องในการรับรู้ส่วนประกอบต่างๆ ของสิ่งของ ดังนั้นผู้ป่วยอาจเดินหรือเข็นรถเข็นออกนอกประตูไม่ได้ หรือชนกับขอบประตู ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจและไม่สามารถจำความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง จะไม่สามารถเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้ ปัญหาความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึกและการบอดครึ่งหนึ่งของแนวสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความทรงจำขาดสมาธิ ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกันได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ซ้ำๆ เดิม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตนเองได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ แต่ในบางรายมีปัสสาวะค้างคั่งไม่สามารถถ่ายออกได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกาย หรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบคือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและชาย จากการศึกษาของเบร์รี่ ดีแฟรงค์และวอล์ฟ [28] ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน เพศหญิง 11 คน โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6 สัปดาห์พบว่า ความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง นอกจากนี้เบอร์จีเนอร์และโลแกน [29] กล่าวว่า ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กับขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ยา รวมทั้งพยาธิสภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมและปัจจัยด้านจิตสังคมยังเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมและความต้องการทางเพศของผู้ป่วย

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ เช่น การยึดติดของข้อต่อ การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำ แผลกดทับและปอดบวม

2. ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิต การแสดงออกทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ [30]

2.1 การสูญเสีย (loss) มี 2 ลักษณะคือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจนเป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมา

2.2 ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวก่อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ระยะเวลาการปรับตัวต่อความเครียดขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ หลังจากนั้นจะแสดงความรู้สึกโกรธ ใน 2 ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของการพึ่งพา หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะของการยอมรับการสูญเสีย และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นพฤติกรรมพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น

2.3 ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร พูดในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่ายและก้าวร้าว อาจแสดงออกมาในรูปของปมเค้น ด้วยการวางอำนาจ หึง ดูถูกคนอื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

2.4 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากประสบการณ์การรับรู้ แขนงอ่อนแรงแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยอัมพาตซึ่งเกิดขึ้นจากการคาดคะเนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้

2.5 ภาวะซึมเศร้า (depression) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา จากการศึกษาของ Robinson [31] ได้พบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง เฉลี่ยร้อยละ 34 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าคือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฟเบลและสปริงเจอร์ [6] เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 91 คน พบผู้ป่วยจำนวน 24 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้าหลังการป่วยเป็นเวลา 6 เดือน โดยอาการซึมเศร้านี้เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าและเป็นปัญหาสำหรับบุคคลอื่น ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า อาการที่พบได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัว หงุดหงิดและวิตกกังวลง่าย เกียจคร้าน ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ นำหนักลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง หรือในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย อีกทั้งบทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็บทบาทในครอบครัวหรือบทบาททางสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมจากบุคคลอื่น

ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกว้าเหว [32]

จากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย

จากการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแล ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลไว้หลายท่าน ได้แก่

Robinson & Stalker [33] กล่าวว่า ผู้ดูแลเป็นคำที่ใช้อธิบายบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพหรือจากหน่วยงานใด แต่เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือญาติ เพื่อนที่พิการ หรือเจ็บป่วย สม่ำเสมอ เช่น การแต่งตัว ทำงานบ้าน ซื่อสิ่งของ และอื่นๆ แม้กระทั่งการสนับสนุนให้กำลังใจ

Ross & Mackenzie [34] ให้ความหมายว่า เป็นผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันกันทางเครือญาติ

Orem [35] ให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ฮอโรวิทซ์ [36] ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ยุพาพิน ศิริโพธิงาม [37] ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

จรรยาบรรณ มานะสุรการ [38] ให้ความหมายว่า เป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญ และมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้ดูแล คือ ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการทำกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในทุกด้าน ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างผาสุก ภายใต้อำนาจของภาวะเจ็บป่วยได้นั้นมีปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และระดับความเบี่ยงเบนของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บป่วยรุนแรง มีรอยโรคหรือความพิการมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องใช้ระยะเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ และเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดความไม่แน่ใจ ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแล [39] รู้สึกเป็นความเครียดเป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอารมณ์ผันแปรง่ายโดยไม่มีเหตุผล ต้องการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลาที่มีผลต่อการดูแลเช่นกัน โดยทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและความอดทนอย่างมากในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะเศรษฐกิจ

2.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ชีวิต [40] ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ในชีวิตมาก มีแรงสนับสนุนในด้านข้อมูลที่ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ เผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัยยอมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย [30] ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและสังคมน้อยกว่า [40]

2.2 เพศ เพศที่ต่างกันอาจทำให้ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกรอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้สังคมยังคาดหวังที่จะให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย [41] ดังนั้นการยอมรับ และการปรับตัวเมื่อต้องเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นไปได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งถูกรอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว ไม่เคยทำหน้าที่ในการดูแล และรับรู้ว่า การดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวเป็นงานของผู้หญิงมากกว่า จึงทำให้การปรับตัวยอมรับกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นเพศชายจึงเป็นไปได้ยาก

2.3 ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี มีการใช้เหตุผลและสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์การดำเนินชีวิต การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจึงมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติกรดูแลที่ถูกต้อง

2.4 สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่คู่สมรสเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแลขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ทำให้มีความรัก ความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ดังนั้นผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจที่จะให้การดูแล แต่ถ้าหากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ไม่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากต้องการให้การดูแลไปตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ต้องดูแลครอบครัวของตนแล้ว และต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่คู่สมรสของตน ซึ่งต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆเพิ่มมากขึ้นจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย

2.5 ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และมีทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ จะสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดี เนื่องจากความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนำไปสู่คุณภาพที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของสวดศิริ หิรัญชุนหะ [19] พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเรียนรู้จากการสังเกต จากการสอนของพยาบาล จากการถามพยาบาล แพทย์ หรือญาติผู้ป่วยข้างเตียง เป็นต้น

2.6 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลอาจจะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นจนกระทั่งนอน บางรายอาจจะต้องตื่นในเวลากลางคืนเพื่อดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก็มีมากทั้งกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล และกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องใช้พลังกำลังของร่างกายมาก ผู้ดูแลจึงต้องมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้ง

ทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจึงสามารถดำเนินต่อไปได้โดยไม่เกิดผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอาจเป็นผลกระทบจากวิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากภายหลังการเป็นผู้ดูแล และจากความขัดแย้งในบทบาทที่มากขึ้นและเปลี่ยนไป [38] จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน สูญเสียความเป็นส่วนตัว เกิดความขัดแย้ง เกิดความรู้สึกผิด โกรธ อาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ [42]

2.7 ภาวะเศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมการดูแลผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย สามารถจัดหาหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยตลอดจนความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแล เช่น ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการดูแล ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาหรือความขัดแย้งตามลำพัง เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล เป็นต้น

3.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความเอื้ออาทรที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน [37]

3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ [43] แหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นการช่วยเหลือในการเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ ปลอบใจ แนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหา หรือการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงานหรือช่วยเหลือในการปรับตัวจากครอบครัว ญาติ และบุคลากรที่มีทีมสุขภาพ รวมทั้งสถานบริการสุขภาพ ทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดพลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ดูแลทั้งสิ้น

3.3 ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น การดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานและนับวันอาการจะแย่ลงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย ความหวังลดลง การศึกษาของสาคศิริ หิรัญชอุหะ [19] พบว่า ในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลจากครอบครัว แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลนานวันเข้า ครอบครัวมักจะทำให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระดูแลให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเกิดความเครียด และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแม้ระยะเวลาในการดูแลจะยาวนาน

ถ้าหากผู้ดูแลมีผู้แบ่งเบาภาระช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน และมีเวลาส่วนตัวบ้างในระหว่างการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือก็คือสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลก็สามารถมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความอ่อนล้า ได้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลต้องประสบปัญหาด้านร่างกายเป็นอย่างมาก ได้แก่ การศึกษาของจินตนา สมณี [44] ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลจะละเลืสนใจดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย ปวดหลัง ปวดเอวเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาเสาวลักษณ์ เนตรชัง [45] ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คนพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยมีร้อยละ 93 ได้แก่ ปวดไหล่ ปวดแขนและข้อมือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อสมาชิกเจ็บป่วยยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดในบทบาทที่พบบ่อยได้บ่อยคือการคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท และการดำรงบทบาทที่มากเกินไปทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดน้อยลง และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอีกด้วย จากการศึกษาของ Nancy [46] ศึกษาการปรับตัวของสามีที่ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สามีที่ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง สามีต้องเปลี่ยนบทบาทตนเอง โดยรับผิดชอบในหลายบทบาทเช่น บทบาทหัวหน้าครอบครัว บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทผู้ดูแลบ้าน บทบาทผู้ดูแลลูก ต้องปรับตัวกับบทบาทเพิ่มเติมมากขึ้น ประกอบกับสภาพการเจ็บป่วยของภรรยา ซึ่งช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามีต้องรับผิดชอบดูแลภรรยาและรับผิดชอบดูแลภายในบ้านแทนภรรยา ทำให้มีผลต่อเจตคติ ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รวมถึงค่านิยมทางสังคมเป็นปัญหาอย่างมากในการปรับตัวของสามี และจากการศึกษาของ

จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน [47] ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเบื่อหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ช่วยบรรเทาความเครียดได้

3. ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ผู้ดูแลจำเป็นต้องอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังที่เคยปฏิบัติ ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม [37] จากปัญหาต่างๆ ที่ได้กล่าวมาทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้เป็นผลมาจากข้อจำกัดในเรื่องเวลา เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลต้องเข้าไปในการดูแลผู้ป่วย เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังและออกไปนอกบ้านได้

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และจากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญหุณหะ [19] พบว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง คุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวทางที่ตนปรารถนา แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจและยังเป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้ดี รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียง

ให้หายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม [48] ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้นอย่างไร [18] นอกจากนี้ยังขึ้นกับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม อายุ สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม [49] จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความ ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ดังนี้

พจนานุกรมบัณฑิตยสถาน [50] ให้ความหมาย ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล ส่วนชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Dean [51] ให้ความหมายว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขสบายทางกายและใจ ชีวิตที่มีความหมาย และมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

Ferrans & Powers [52] ให้ความหมายว่า เป็นความผาสุกของบุคคลที่พิจารณาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล

Gooddinson & Singletion [53] ให้ความหมายว่า เป็นระดับความพึงพอใจกับการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิต โดยรวมถึงความผาสุกในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และองค์ประกอบอื่นของแต่ละคน

Zhan [54] ให้ความหมายว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

Orem [35] ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ

องค์การอนามัยโลก [18] ให้ความหมายว่า เป็นการประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ผาสุก มุทฺธเมธา [55] ให้ความหมายว่า ชีวิตที่มีคุณภาพเป็นชีวิตที่สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพ อยู่ในกรอบและระเบียบแบบแผน วัฒนธรรมที่ดีงามตามมาตรฐานที่ยอมรับของสังคม พร้อมทั้งสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลง ชีวิตจะมีคุณภาพได้ต้องอาศัยสถาบันต่างๆ ของสังคมร่วมกันทำหน้าที่ตามบทบาท

เกษม จันทร์แก้ว [56] ให้ความหมายในแง่ของสิ่งแวดล้อมว่า หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่มนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางการศึกษา อนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของ

สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ บุคคลที่อยู่ในที่ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย

ศิริ ฮามสุโพธิ [57] ให้ความหมายว่า เป็นชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนค้นหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือ และทรัพยากรที่มีอยู่ คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ประการคือ

1. ทางด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐาน

2. ทางด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใส ไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิต

3. ทางด้านสังคม คือ บุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคมในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุข

จึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพแวดล้อมของชีวิตที่สมดุลกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองสิ่งแวดล้อม ตลอดจนศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคม และเป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจของแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบด้านใหญ่ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญแตกต่างกันไปดังนี้

เฟอร์เรล [58] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well – being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยด้านร่างกายและคงไว้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well – being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ให้มีความรู้สึกทางบวกกับสิ่งที่เกิดขึ้น

3. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well – being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อในด้านศาสนา

4. ความผาสุกด้านสังคม (Social well - being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

ฟลานาแกน [59] ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตมาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค มีอาหาร มีบ้านที่ต้องการ มีความมั่นคงปลอดภัย
2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เช่น สัมพันธภาพกับบิดา มารดา คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน รวมทั้งได้มีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้สนใจการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ทำงานที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนดี และแสดงความรู้สึกรออกมาในทางสร้างสรรค์
5. มีการสันทนการ เช่น สังคมกับผู้อื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

เฟอร์เรนส์ และพาวเวอร์ [52] พิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ได้ 4 องค์ประกอบ

1. สุขภาพหน้าที่ (Health and Functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆในเวลารว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง
2. สังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย
3. จิตวิญญาณ (Psychological Spiritual) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป
4. ครอบครัว (Family) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

ซาน [54] กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ดีเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในด้านสังคมทั่วไป รวมถึงรายได้ อาชีพ การศึกษา

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล [18] ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Health) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางด้านสังคม การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรม สันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือด

เลือดสมองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่จะศึกษาได้ครอบคลุมและครบถ้วน

ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

Herrman [60] เป็นนักวิจัยที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลขั้นต้นของผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคทางกาย โรคจิตและคนพิการ ในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น Herrman ได้ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะของบุคคลผู้ดูแล (Caregiver Characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ
2. ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการการดูแล (Care recipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสภาพของการเจ็บป่วย
3. สถานการณ์การดูแล (Caregiver situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่กระทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
4. การรับรู้ที่มีบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Cognitive/affective response to caregiver role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแล และประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล
5. สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (Mental and Physical health) ได้แก่ สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต
6. ตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง (Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติ ซึ่งคุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ขึ้นกับหลาย สิ่งที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต [52]

เนื่องจากยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต จึงมีผลทำให้ ไม่มีเครื่องมือวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตที่จัดว่ามีความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นที่ดีที่สุดตามไปด้วย ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงแตกต่างกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตได้สร้างจากหลายบุคคล โดยเครื่องมือแต่ละชุดจะใช้กับบุคคล เฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือคนปกติในประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่ ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบ หรือนำมาใช้ในบุคคลต่างชนชาติต่างวัฒนธรรม ทั้งนี้การเลือกใช้ เครื่องมือจึงขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยหรือนำไปใช้ ซึ่งสามารถประเมินได้ หลายแนวทางดังนี้

Meeberg [61] ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่ง จำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถ สังเกตและวัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น
2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้าน จิตวิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ หรือความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น การประเมินด้วยวิธีนี้อาจอาศัยตัวบ่งชี้เพียงด้านเดียว หรือสองด้านก็ได้

Frank – Stromborg [62] ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่าอาจกระทำได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ จากการใช้มาตรวัดแบบวัตถุวิสัย (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมิน โดยผู้อื่น และให้ค่าออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ จากการใช้มาตรวัดแบบจิตวิสัย (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมิน โดยตนเองตามความหมาย หรือ ประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน เช่น ความพึงพอใจ ความสุขในชีวิต โดยการประเมินเป็นค่า คะแนนตามความคิดเห็นของแต่ละคน
3. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงคุณภาพทางจิตวิสัย (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมิน โดยตนเองในลักษณะการบรรยาย และบอกเล่าถึงสภาพ ที่เป็นอยู่หรือความคิดเห็นและการรับรู้ของแต่ละบุคคล

นักการศึกษาบางท่านให้ข้อเสนอแนะว่า ในการประเมินคุณภาพชีวิต ควรพิจารณา ทั้งเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย โดยเชิงวัตถุวิสัยเป็นการประเมินหน้าที่ของบุคคล (Person's function) และเชิงจิตวิสัยเป็นการวิเคราะห์ถึงสภาวะจิตสังคมของบุคคลนั้น [63] แต่บางการศึกษามี การประเมินเชิงวัตถุวิสัยหรือเชิงจิตวิสัยแต่เพียงอย่างเดียวก็ได้ ขึ้นอยู่กับแนวการศึกษา

การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างหรือองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต ได้แก่

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (Unidimension) ซึ่งนิยามกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว สรุปลักษณะชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Cantril [64] ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมิน คุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่ สามารถประเมิน โดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ดังขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมอง ภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและ ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต เช่น เครื่องมือของ Cantril เป็นการประเมินเชิง จิตวิสัยที่เป็น โครงสร้างมิติเดียว และมีผลการประเมินเป็นเชิงปริมาณ

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (Multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง Padilla & Grant [65] ให้ความเห็นว่า การ ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมิน โดยใช้โครงสร้างมิติ เดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาผล ของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่า ทำไมคนเราจึงพอใจและไม่ พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีผลจากองค์ประกอบต่างๆ มากมาย เช่น สถานภาพส่วนบุคคล แบบแผนการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ส่วนการที่ผู้วิจัยเลือกใช้โครงสร้างใด โครงสร้างหนึ่งมาเป็นองค์ประกอบ ขึ้นอยู่กับ ธรรมชาติและวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วยและการรักษาย่อมส่งผล กระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติ และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จาก ความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่างๆ ของชีวิต เช่น เครื่องมือ Adapted Padilla Quality of Life Index ของ Padilla [65] ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) และควบคุมอาการได้ และ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrell [58] ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ความ ผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1991 องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชน ได้มีการริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี แม้ว่าจะวัฒนธรรมและเชื้อชาติจะแตกต่างกัน เหตุที่องค์การอนามัยโลกต้องเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเนื่องจาก การประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านมามุ่งไปที่การวัดผลกระทบที่จะเกิดจากการเจ็บป่วย ไม่ได้วัดคุณภาพชีวิตโดยตรง ซึ่งถูกกล่าวว่าเป็นการวัดที่ผิดเป้าหมายในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้น โดยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพชีวิตหลากหลายเชื้อชาติที่มีความแตกต่างกันด้านพื้นที่ วัฒนธรรม ความเชื่อ ได้แก่ ประเทศไทย ออสเตรเลีย ปานามา ซิมบับเว อินเดีย ฝรั่งเศส สเปน อิสราเอล ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา รัสเซีย เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ และโครเอเชีย เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในครั้งแรกแบบวัดจะมีข้อคำถามทั้งหมด 277 ข้อ ส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิตและเนื้อหาคุณภาพชีวิตได้ถูกกำหนดร่วมกันโดยผู้ป่วย คนปกติทั่วไป และโดยผู้มีวิชาชีพเชิงสุขภาพในหลายวัฒนธรรม แบบวัดได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงในแต่ละภาคสนามนั้นๆ และทดสอบความใช้ได้ [66] ถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆ หลายครั้งและนำมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในปี ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group) ได้พัฒนาเครื่องวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขึ้นมา (WHOQOL-BREF) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน โดยรวมองค์ประกอบด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคลเข้าด้วยกัน และรวมด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลเข้าด้วยกัน จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ [66] หลังจากนั้นใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์หาองค์ประกอบ (Factor Analysis) เหลือเพียง 26 ตัวชี้วัด ซึ่งหลายประเทศได้นำเครื่องวัดคุณภาพชีวิตไปแปล และใช้คุณภาพชีวิตประชากร สำหรับประเทศไทย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ [21] ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ได้นำมาแปลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับประชากรไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL 100) กับชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) โดยศึกษาในประชาชนคนไทยทั่วไป ทั้งชายและหญิงจำนวน 750 คน ได้ค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างแบบวัด คุณภาพชีวิตทั้งสอง ($r = 0.6545, p < 0.01$) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8406 และสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย [67] ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ไปศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจใน 12 เขต สาธารณสุขทั้งชายและหญิง จำนวน 7,789 คน โดยได้นำเสนอค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในทุกกลุ่มอายุ จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.84 นอกจากนี้ยังมีผู้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดไปใช้คือ ศิริชัย ดาริการันนท์ [68] ได้นำไปสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 156 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และพรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์

วิเชรัตน์ และชุตินา ประทีปะจิตติ [69] นำไปศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และชมัยพร ทิพย์สุวรรณ [70] นำไปศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และในกลุ่มญาติที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล จำนวน 114 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนวรรณภา กุมารจันทร์ [71] นำไปศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเห็นว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ และมีความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตรงตามแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และได้มีการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็ง ความมีพลัง และความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เพศที่ต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน นอกจากนี้สังคมยังคาดหวังที่จะให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย [38] ดังนั้นการยอมรับและการปรับตัวเมื่อต้องเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลของผู้ดูแลเพศหญิงจึงเป็นไปได้ง่ายกว่าเพศชาย

2. อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิด และพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาในเรื่องต่างๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่

วัยชรา [72] นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่จะเป็นบุคคลที่ความรู้และประสบการณ์ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จได้ด้วยความยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบ ขอมรับการสูญเสีย และความผิดหวังได้ นอกจากนี้การมีวุฒิภาวะมากขึ้นทำให้มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ส่งผลให้มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

เขาวลักษณะ กลินหอม [73] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนและมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมฤดี สิทธิมงคล [74] ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนพบว่า อายุของญาติผู้ดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น เป็นบุคคลที่คอยให้กำลังใจในการต่อสู้และเผชิญปัญหาเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ส่วนในผู้ที่เป็น โสด หม้าย หย่าหรือร้าง มักอยู่เพียงลำพัง ขาดที่ปรึกษา ต้องตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ เพียงลำพัง จึงทำให้บุคคลที่มีสถานสมรสคู่มิคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานสมรสโสดหรือหม้าย [75]

4. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้ชีวิต ช่วยให้รู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนและนำทักษะที่เคยมีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาการดำรงชีวิตต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงมีส่วนที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุชีรา ตังตระกุล [76] ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษามีผลต่อการปรับตัวเองของผู้ดูแล เพราะระดับการศึกษาของบุคคลแสดงให้เห็นความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านความรู้ ความ

มีเหตุผล ทักษะในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจที่สะสมประสบการณ์ และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นคุณภาพ ศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ รู้จักแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อลดความเครียดได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย นอกจากนั้นการศึกษาสูงจะมีโอกาสรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายและเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

อุมา จันทวิเศษ [77] ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติที่มีการศึกษาแตกต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลแตกต่างกัน ญาติที่มีความรู้สูงจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ สำหรับผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา จะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา

5. อาชีพ

การประกอบอาชีพต่างๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเนื่องมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษามักจะมีอาชีพและประกอบอาชีพที่มีรายได้ดี จึงมีโอกาสทางสังคมมาก และสามารถเลือกรับบริการที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย มีความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจและทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

Dirkson [78] กล่าวว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกในชีวิต กล่าวคือ บุคคลที่ยังประกอบอาชีพจะมีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตสูงกว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพ ทำให้บุคคลสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้

รายได้นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคลฐานะ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจ และมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิตส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้

พรชัย พงศ์สงวนศิลป์ จุฬารัตน์ วิระระรัตน์ และชุตติมา ประทีปะจิตติ [69] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า รายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง

7. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมการดูแลที่มีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่แทนในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

Gaynor [79] กล่าวว่า ผู้ดูแลต้องมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทดแทน ดูแลในกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล เช่น ดูแลเสมหะ การเคาะปอด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และยังคงดูแลในกิจกรรมที่ฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อ การฝึกพูด การฝึกเดิน รวมถึงการต้องพาผู้ป่วยไปรับบริการฟื้นฟูสภาพจากแหล่งบริการต่างๆ เช่น หน่วยกายภาพบำบัด

ศุคศิริ หิรัญชุนหะ [19] กล่าวว่า สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพจะเป็นอุปสรรค และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

นันทพร ศรีนิม [80] ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลทุ่มเทเวลาในแต่ละวัน หมดไปกับกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วย จนทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือผ่อนคลายอารมณ์ สิ้นสนใจดูแลตนเอง แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงทำให้ความผาสุกของผู้ดูแลลดลง และส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกละเมือเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีความคลุมเครือในบทบาท หรือขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยว่าเป็นการคุกคามชีวิตของตนเอง อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

ธัญญาภรณ์ คานวนพเก้า [81] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรีพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลผู้ป่วยน้อย ความผาสุกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น

ชูชื่น ชิวพูนผล [82] ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกละเมือเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามพบว่า ระยะเวลาการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นและมีพัฒนาการการแก้ปัญหาและพัฒนาการทางจิตใจ

สมฤดี สิทธิมงคล [74] ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถระบุได้ว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีต

ประสบการณ์การดูแล หมายถึง ประสบการณ์ ทักษะ ความชำนาญ หรือการมีวิธีการดูแลที่ได้มาจากการประยุกต์การดูแล ดังนั้นระยะเวลาที่ดูแลอาจช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถ ทำให้ลดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ยากและลำบากได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Luckmann & Sorensen [83] กล่าวว่า ประสบการณ์ในอดีตเป็นศักยภาพของบุคคลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะนำวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาใช้ในการแก้ปัญหา และหากไม่สำเร็จก็จะค้นหาวิธีใหม่ ทำให้บุคคลนั้นลดความตึงเครียด หรือความวิตกกังวลจากการดูแลได้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือลดการสูญเสียพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล การสนับสนุนเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการแก้ปัญหา ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในตัวเองและอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลสามารถคิด และตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

สุดศิริ หิรัญชุนหะ [19] ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลมากที่สุด และแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านสังคมมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล โดยมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

Mclean [84] ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 รายพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ผู้ดูแลยังต้องการความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและต้องการเข้าใจถึงความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันยังต้องการความช่วยเหลือ แนะนำวิธีการดูแล การแก้ปัญหา ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

ฤทัย แสนลี [85] ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 80 คนพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความต้องการด้านประทับประคองจิตใจอยู่ในระดับมาก ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณและด้านการดูแลสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการเงินและวัสดุสิ่งของอยู่ในระดับน้อย

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

เป็นส่วนที่ใช้ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ ซึ่งระดับคะแนนรวมที่ค่าแสดงถึงภาวะกาฬิงพาสสูง

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล [86] กล่าวว่า การบกพร่องของผู้ป่วยเป็นสิ่งสะท้อนถึงภาวะกาฬิงพาสของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องมากย่อมมีภาวะกาฬิงพาสมาก ดังนั้น ภาวะกาฬิงพาสของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย

สายพิน เกษมกิจวัฒนา [87] ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 104 รายพบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามมากจะมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะมากเช่นกัน ระดับการกาฬิงพาสมากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และผู้ดูแลนั้นเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตรหรือญาติ โดยอาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือผู้ดูแลซึ่งไม่มีความสัมพันธ์โดยการเป็นญาติกับผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักทั้งที่เป็นญาติและไม่ใชญาติ โดยดูแลผู้ป่วยติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถพูด เขียน และเข้าใจภาษาไทย

4. เป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจในวันนัด

5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane 1973 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ กัวยวรรณ์ [88] ดังนี้

$$\text{Yamane, } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากตัวอย่างประชากรเท่าที่จะยอมรับได้

$$e^2 = (0.05)^2$$

จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2549 = 564 คน แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{564}{1 + 564(0.05)^2} = 234 \text{ คน}$$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เป็น

234 + [10%×234] = 258 คน ซึ่งเท่ากับ 260 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เก็บกลุ่มตัวอย่างทุกรายจากผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจในวันจันทร์, อังคารช่วงบ่ายและวันพุธ, พุธหัดสวดเช้าซึ่งเป็นวันที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 – เดือนมีนาคม 2551 จนครบ 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านตัวผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกคำตอบจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) [89] ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

- 0-4 คะแนน Total dependence (Very low initial score)
- 5-8 คะแนน Severely dependence (Low initial score)
- 9-11 คะแนน Moderately severe dependence (Intermediate initial score)
- 12⁺ คะแนน Mildly severe dependence (Initial high)

ส่วนที่ 3 แบบชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ที่สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ [21] ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย

เครื่องชีวิตนี้พัฒนามาจากเครื่องชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีกทั้ง 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษา กับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ได้แก่ 1,3,4,5,6,7,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,9,11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามต้นฉบับหลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาทำการคิดคะแนนตามคู่มือ การคิดคะแนนลักษณะคำตอบมีตั้งแต่ไม่เลยจนถึงมากที่สุด โดยผู้ตอบตอบตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งความหมายที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบมีดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย, รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง, รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย, รู้สึกไม่
พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง, รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ
รู้สึกแย่ระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ, รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ, รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึก
ว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม
ได้แก่กลุ่มที่ 1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและกลุ่มที่ 2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 1 เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย คะแนนเท่ากับ 1

ตอบ เล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 2

ตอบ ปานกลาง คะแนนเท่ากับ 3

ตอบ มาก คะแนนเท่ากับ 4

ตอบ มากที่สุด คะแนนเท่ากับ 5

กลุ่มที่ 2 เป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย คะแนนเท่ากับ 5

ตอบ เล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 4

ตอบ ปานกลาง คะแนนเท่ากับ 3

ตอบ มาก คะแนนเท่ากับ 2

ตอบ มากที่สุด คะแนนเท่ากับ 1

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนนแบ่งออกเป็น 3
ระดับคือ คุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี คือ

26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง

96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ระดับกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกายได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย [90] ได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Catherine Schaefer [91] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยวัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์จำนวน 9 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 ข้อ ด้านวัตถุ 6 ข้อ ซึ่งใช้ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

แบบวัดนี้มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ตอบ มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
ตอบ มาก	ให้	4	คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ตอบ น้อย	ให้	2	คะแนน
ตอบ น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

การประเมินคะแนนการสนับสนุนทางสังคม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 100 คะแนน คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 66.35 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.014 มีการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำคือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($66.35 - 12.014 = 54.34$)

การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางคือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน [$(66.35 - 12.014 = 54.34) - (66.35 + 12.014 = 78.36)$]

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงคือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $(66.35 + 12.014 = 78.36)$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยติดต่อยื่นหนังสือขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยนัดหมายวันเวลาที่เข้าไปทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแล
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในวันจันทร์ วันอังคารช่วงบ่าย และวันพุธ, วันพฤหัสบดีช่วงเช้าซึ่งเป็นวันที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้ดูแลให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยแจ้งการพิทักษ์สิทธิในกลุ่มตัวอย่างทราบก่อน
- 5) ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลของตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
- 6) นำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 11.5 จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

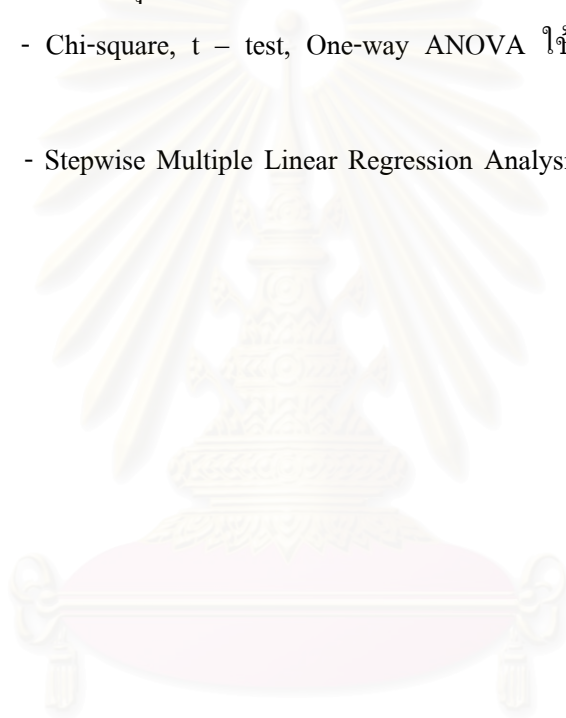
1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

- วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

- Chi-square, t – test, One-way ANOVA ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ชีวิต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แสดงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (n=260)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		60	23.1
หญิง		200	76.9
อายุ			
< 40 ปี		100	38.5
40 - 60 ปี		112	43.1
> 60 ปี		48	18.5
(Mean = 46.70, Min = 18, Max = 84, SD = 14.23)			
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ		9	3.5
ประถมศึกษา		67	25.8
มัธยมศึกษา		67	25.8
อนุปริญญา		36	13.8
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี		81	31.2
สถานภาพสมรส			
โสด		100	38.5
คู่		131	50.4
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย		29	11.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	20.4
รับจ้าง	111	42.7
เกษตรกร	9	3.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	20.0
ค้าขาย	35	13.5
รายได้		
ไม่มีรายได้	44	16.9
< 10,000 บาท	104	40.0
10,001 - 30,000 บาท	91	35.0
> 30,000 บาท	21	8.1
(Mean = 14,335.85 , Min = 0, Max = 100,000, SD = 16,587.279)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	78	36.1
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	82	38.0
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	27	12.5
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	29	13.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัว		
ไม่มี	156	60.0
มี	104	40.0
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ระบบทางเดินอาหาร	14	13.5
ระบบการไหลเวียนโลหิต	56	53.8
ระบบข้อและกระดูก	18	17.3
ระบบทางเดินปัสสาวะ	3	2.9
ระบบต่อมไร้ท่อ	11	10.6
ระบบทางเดินหายใจ	12	4.6
ระบบประสาท	3	2.9
ระบบภูมิคุ้มกัน	1	1.0
ระบบโรคเลือด	5	4.8
มะเร็ง	5	4.8
ประวัติเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	257	98.9
มี	3	1.1
เครียด	2	0.7
นอนไม่หลับ	1	0.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	219	84.2
มี	41	15.8
< 1 ปี	4	1.5
1-2 ปี	20	7.7
> 2 ปี	17	6.5
(Mean = 4.85, Min = .03, Max = 24, SD = 5.954)		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
< 10 ชั่วโมง	60	23.1
10 - 15 ชั่วโมง	51	19.6
> 15 ชั่วโมง	149	57.3
(Mean = 17.45, Min = 3, Max = 24, SD = 7.63)		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน		
< 1 ปี	81	31.2
1 - 5 ปี	123	47.3
5.01 - 10 ปี	39	15.0
> 10 ปี	17	6.5
(Mean = 3.65, Min = 0.03, Max = 20.03, SD = 4.15)		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	87	33.5
มี	173	66.5
บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
พี่น้อง	84	48.6
บุตร	44	25.4
หลาน	38	22.0
บิดา-มารดา	25	14.5
คู่สมรส	15	8.7
อื่นๆ	33	19.1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ญาติ	216	83.1
- บุตร	102	39.2
- คู่สมรส	67	25.8
- บิดา มารดา	23	8.9
- พี่น้อง	9	3.7
- อื่นๆ	15	6.9
ไม่ใช่ญาติ	44	16.9
- บุคลากรทางการแพทย์	6	2.3
- เด็กศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย	17	6.5
- ลูกจ้างในบ้าน	19	7.31
- อื่นๆ	2	4.5

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.9 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.1 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 46.7 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.4 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 31.2 ผู้ดูแลส่วนมากประกอบอาชีพในปัจจุบันคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 40.0 เมื่อพิจารณาถึงความเพียงพอของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 38.0 ประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.0 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 98.9 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 84.2 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยในวันส่วนใหญ่มากกว่า 15 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 57.3 นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบันมาแล้วเป็นเวลา 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.3 โดยส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.5 และผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 83.1 โดยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 39.2

1.2 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในด้านระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
Total dependence (0-4 คะแนน)	85	32.7
Severely dependence (5-8 คะแนน)	24	9.2
Moderately severe dependence (9-11 คะแนน)	28	10.8
Mildly severe dependence (12-20 คะแนน)	123	47.3

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่วนมากอยู่ในระดับ Mildly severe dependence คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมา คือ Total dependence, Moderately severe dependence และ Severely dependence คิดเป็นร้อยละ 32.7, 10.8 และ 9.2 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยด้านสังคม ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (< 54.34)	45	17.3
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (54.34 – 78.36)	181	69.6
การสนับสนุนทางสังคมสูง (> 78.36)	34	13.1

Mean = 66.35, Minimum = 33, Maximum = 100, SD. = 12.014

จากตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 ถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 17.3 และการสนับสนุนทางสังคมสูงน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวมและแยกเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)		
	คุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ระดับกลาง	คุณภาพชีวิต ที่ดี
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Mean = 25.8, Min = 16, Max = 35, SD = 3.703)	1 (0.4)	139 (53.5)	120 (46.2)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Mean = 22.0, Min = 7, Max = 30, SD = 3.693)	5 (1.9)	132 (50.8)	123 (47.3)
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean = 9.56, Min = 4, Max = 15, SD = 2.072)	46 (17.7)	169 (65.0)	45 (17.3)
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 24.99, Min = 12, Max = 39, SD = 3.920)	12 (4.6)	226 (86.9)	22 (8.5)
คุณภาพชีวิตในภาพรวม (Mean = 89.17, Min = 51, Max = 122, SD = 11.656)	4 (1.5)	184 (70.8)	72 (27.7)

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมามีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 27.7 และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีน้อยที่สุด ร้อยละ 1.5 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าอยู่ในระดับกลางทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 53.5, 50.8, 65.0 และ 86.9 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตโดยรวม				X ²	df	P-value
	ไม่ดี/กลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	44	23.4	16	22.2	.041 ^b	1	.840
หญิง	144	76.6	56	77.8			
อายุ							
< 40 ปี	65	34.6	35	48.6	4.989	2	.083
40 – 60 ปี	84	44.7	28	38.9			
> 60 ปี	39	20.7	9	12.5			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	3.7	2	2.8	8.201	4	.084
ประถมศึกษา	52	27.7	15	20.8			
มัธยมศึกษา	52	27.7	15	20.8			
อนุปริญญา	28	14.9	8	11.1			
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	49	26.1	32	44.4			
สถานภาพสมรส							
โสด	63	33.5	37	51.4	7.410	2	.025*
คู่	101	53.7	30	41.7			
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	24	12.8	5	6.9			

*p < 0.05, b = Fisher's exact

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตโดยรวม				X ²	df	P-value
	ไม่ดี/กลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาชีพ							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	21.3	13	18.1	1.751	4	.781
เกษตรกรกรรม	6	3.2	3	4.2			
รับจ้าง	83	44.1	28	38.9			
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	36	19.1	16	22.2			
ค้าขาย	23	12.2	12	16.7			
รายได้							
ไม่มีรายได้	36	19.1	8	11.1	18.614	3	.000**
< 10,000 บาท	79	42.0	25	34.7			
10,000 – 30,000 บาท	66	35.1	25	34.7			
> 30,000 บาท	7	3.7	14	19.4			
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ เหลือเก็บ	38	25.0	40	62.5	31.555	3	.000**
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	63	41.4	19	29.7			
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	23	15.1	4	6.3			
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	28	18.4	1	1.6			
ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย							
ไม่มี	102	54.3	54	75.0	9.299 ^b	1	.002**
มี	86	45.7	18	25.0			
ประสบการณ์ในการดูแล							
ไม่มี	160	85.1	59	81.9	0.390 ^b	1	.532
มี	28	14.9	13	18.1			

**p < 0.01, b = Fisher's exact

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตโดยรวม				X ²	df	P-value
	ไม่ดี/กลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน							
< 10 ชั่วโมง	37	19.7	23	31.9	7.078	2	.029*
10 – 15 ชั่วโมง	34	18.1	17	23.6			
> 15 ชั่วโมง	117	62.2	32	44.4			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย							
< 1 ปี	59	31.4	22	30.6	1.105	2	.575
1 – 5 ปี	88	46.8	30	41.7			
> 5 ปี	41	21.8	20	27.8			
การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย							
ไม่มี	71	37.8	16	22.2	5.628 ^b	1	.018*
มี	117	62.2	56	77.8			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
ญาติ	156	83.0	60	83.3	.005 ^b	1	.946
ไม่ใช่ญาติ	32	17.0	12	16.7			

*p < 0.05, b = Fisher's exact

จากตารางที่ 5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact พบว่า รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกายและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนสถานภาพสมรส จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยและการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สำหรับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตโดยรวม
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	คุณภาพชีวิตโดยรวม				X ²	df	P-value
	ไม่ดี/กลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)							
Total dependence	64	75.3	21	24.7	6.252	3	.100
Severely dependence	21	87.5	3	12.5			
Moderately severe dependence	22	78.6	6	21.4			
Mildly severe dependence	81	65.9	42	34.1			

จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยรวม
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Chi-square

ปัจจัยด้านสังคม	คุณภาพชีวิตโดยรวม				X ²	df	P-value
	ไม่ดี/กลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การสนับสนุนทางสังคม							
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	44	97.8	1	2.2	46.092	2	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	134	74.0	47	26.0			
การสนับสนุนทางสังคมสูง	10	29.4	24	70.6			

**p < 0.01

จากตารางที่ 7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	t	P-value
เพศ					
ชาย	60	88.95	12.323	-.166	.868
หญิง	200	89.24	11.480		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	160	92.32	11.518	5.145	.000**
ไม่เพียงพอ	56	83.52	9.425		
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	156	91.38	11.758	3.852	.000**
มี	104	85.85	10.724		
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่มี	219	88.76	11.403	-1.317	.189
มี	41	91.37	12.853		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล					
ไม่มี	87	87.21	10.639	-1.935	.054
มี	173	90.16	12.044		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติ	216	89.00	11.840	-.532	.595
ไม่ใช่ญาติ	44	90.02	10.795		

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลที่มีและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัว

ส่วนปัจจัยด้านเพศ ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อายุ					
< 40 ปี	100	91.84	12.675	4.783	.009 **
40-60 ปี	112	88.03	10.861		
> 60 ปี	48	86.27	10.239		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	86.67	8.337	3.004	.019*
ประถมศึกษา	67	86.81	9.668		
มัธยมศึกษา	67	89.69	9.990		
อนุปริญญา	36	86.14	12.798		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	81	92.32	13.492		
สถานภาพสมรส					
โสด	100	91.94	11.204	5.133	.007**
คู่	131	87.82	11.031		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	29	85.72	14.132		
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	87.38	11.651	1.063	.375
รับจ้าง	111	88.44	10.822		
เกษตรกรกรรม	9	90.00	9.962		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	91.46	11.711		
ค้าขาย	35	90.57	14.226		

*p < 0.05, **p < 0.01

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
รายได้					
ไม่มีรายได้	44	84.91	10.822	7.265	.000**
< 10,000 บาท	104	87.89	11.375		
10,000 - 30,000 บาท	91	90.68	11.723		
> 30,000 บาท	21	97.86	9.210		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	60	92.63	11.379	3.960	.020*
10 - 15 ชั่วโมง	51	89.43	10.931		
> 15 ชั่วโมง	159	87.68	11.776		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					
< 1 ปี	81	88.93	11.660	0.291	.748
1 - 5 ปี	118	88.82	11.972		
> 5 ปี	61	90.16	11.154		

*p < 0.05, **p < 0.01

ตารางที่ 10 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

อายุ	Mean	< 40 ปี	40-60 ปี	> 60 ปี
< 40 ปี	91.84		3.81	5.57*
40-60 ปี	88.03			1.76
> 60 ปี	86.27			

* p < 0.05

ตารางที่ 11 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้เรียน หนังสือ	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อนุ ปริญญา	ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี
ไม่ได้เรียนหนังสือ	86.67		-.14	-3.02	0.53	-5.65
ประถมศึกษา	86.81			-2.88	0.67	-5.52
มัธยมศึกษา	89.69				3.55	-2.63
อนุปริญญา	86.14					-6.18
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	92.32					

ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

สถานภาพสมรส	Mean	โสด	คู่	แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย
โสด	91.94		4.12*	6.22*
คู่	87.82			2.09
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	85.72			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

รายได้	Mean	ไม่มี รายได้	< 10,000 บาท	10,000 - 30,000 บาท	> 30,000 บาท
ไม่มีรายได้	84.91		-2.99	-5.77	-12.95*
< 10,000 บาท	87.89			-2.79	-9.96*
10,000 - 30,000 บาท	90.68				-7.18
> 30,000 บาท	97.86				

* $p < 0.05$

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันแตกต่างกัน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

จำนวนชั่วโมงในการดูแล	Mean	< 10 ชั่วโมง	10 - 15 ชั่วโมง	> 15 ชั่วโมง
< 10 ชั่วโมง	92.63		3.20	4.95*
10 - 15 ชั่วโมง	89.43			1.75
> 15 ชั่วโมง	87.68			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 9-14 พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษา และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า

ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสโสด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้ที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่/ หย่าร้าง/ หม้าย

ผู้ดูแลที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท

ผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 10 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง

ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบันพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
คุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	85	88.54	11.206	2.204	.088
Severely dependence	24	86.29	10.255		
Moderately severe dependence	28	85.96	13.128		
Mildly severe dependence	123	90.89	11.693		

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
คุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	45	79.64	11.819	47.188	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	181	89.18	9.161		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	34	101.74	11.658		

**p < 0.01

ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	การสนับสนุนทางสังคมสูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	79.64		-9.53*	-22.09*
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89.18			-12.56*
การสนับสนุนทางสังคมสูง	101.74			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16-17 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	t	P-value
เพศ					
ชาย	60	25.45	3.94	-0.871	.385
หญิง	200	25.93	3.63		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	160	26.48	3.732	-3.952	.000**
ไม่เพียงพอ	56	24.27	3.222		
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	156	26.65	3.758	4.646	.000**
มี	104	24.56	3.250		
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่มี	219	25.69	3.574	-1.222	.223
มี	41	26.46	4.319		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล					
ไม่มี	87	25.46	3.50	-1.099	.273
มี	173	25.99	3.798		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติ	216	25.69	3.745	-1.168	.244
ไม่ใช่ญาติ	44	26.41	3.466		

**p < 0.01

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลที่มีและไม่มีโรคประจำตัวทางกาย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยด้านเพศ ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อายุ					
< 40 ปี	100	26.64	3.721	4.606	.011*
40-60 ปี	112	25.48	3.671		
> 60 ปี	48	24.88	3.456		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	25.67	3.571	.947	.437
ประถมศึกษา	67	25.49	3.561		
มัธยมศึกษา	67	26.03	3.366		
อนุปริญญา	36	25.00	4.401		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	81	26.28	3.766		
สถานภาพสมรส					
โสด	100	26.69	3.329	4.685	.010**
คู่	131	25.30	3.753		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	29	25.14	4.215		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 19 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
 เจลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 เลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	25.64	3.675	.314	.868
รับจ้าง	111	25.90	3.734		
เกษตรกรกรรม	9	26.89	3.140		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	25.87	3.652		
ค้าขาย	35	25.46	3.980		
รายได้					
ไม่มีรายได้	44	25.36	3.583	3.109	.027*
< 10,000 บาท	104	25.34	3.733		
10,000 - 30,000 บาท	91	26.12	3.708		
> 30,000 บาท	21	27.81	3.172		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	60	26.42	3.633	1.085	.340
10 - 15 ชั่วโมง	51	25.78	3.770		
> 15 ชั่วโมง	159	25.58	3.706		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					
< 1 ปี	81	26.11	3.805	.438	.646
1 - 5 ปี	118	25.61	3.677		
> 5 ปี	61	25.82	3.649		

*p < 0.05

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

อายุ	Mean	< 40 ปี	40-60 ปี	> 60 ปี
< 40 ปี	26.64		1.16	1.77*
40-60 ปี	25.48			.61
> 60 ปี	24.88			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

สถานภาพสมรส	Mean	โสด	คู่	แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย
โสด	26.69		1.39*	1.55
คู่	25.30			.16
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	25.14			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 22 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

รายได้	Mean	ไม่มีรายได้	< 10,000 บาท	10,000 - 30,000 บาท	> 30,000 บาท
ไม่มีรายได้	25.36		.03	-.76	-2.45
< 10,000 บาท	25.34			-.78	-2.47*
10,000 - 30,000 บาท	26.12				-1.69
> 30,000 บาท	27.81				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 19-22 พบว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนกลุ่มที่มีอายุรายได้แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า

ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส โสดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

ผู้ดูแลที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท

ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	85	26.09	3.369	1.540	.205
Severely dependence	24	25.04	3.507		
Moderately severe dependence	28	24.68	3.791		
Mildly severe dependence	123	26.03	3.909		

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 24 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	45	24.29	3.507	11.441	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	181	25.76	3.435		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	34	28.15	4.251		

**p < 0.01

ตารางที่ 25 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	การสนับสนุนทางสังคมสูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	24.29		-1.47*	-3.86*
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	25.76			-2.39*
การสนับสนุนทางสังคมสูง	28.15			

* p < 0.05

จากตารางที่ 24-25 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.3 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 26 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	t	P-value
เพศ					
ชาย	60	21.58	3.84	-1.006	.316
หญิง	200	22.13	3.65		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	160	22.69	3.636	-3.862	.000**
ไม่เพียงพอ	56	20.52	3.608		
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	156	26.65	3.758	4.646	.000**
มี	104	24.56	3.250		
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่มี	219	21.87	3.650	-1.331	.184
มี	41	22.71	3.887		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล					
ไม่มี	87	21.71	3.618	-.901	.368
มี	173	22.15	3.732		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติ	216	21.90	3.782	-1.023	.307
ไม่ใช่ญาติ	44	22.52	3.210		

**p < 0.01

จากตารางที่ 26 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลที่มีและไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยด้านเพศ ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 27 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อายุ					
< 40 ปี	100	22.51	3.940	1.977	.141
40-60 ปี	112	21.87	3.645		
> 60 ปี	48	21.27	3.154		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	21.44	2.651	1.000	.408
ประถมศึกษา	67	21.51	3.135		
มัธยมศึกษา	67	22.31	3.230		
อนุปริญญา	36	21.44	4.807		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	81	22.47	3.994		
สถานภาพสมรส					
โสด	100	22.74	3.535	3.795	.024*
คู่	131	21.68	3.504		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	29	20.93	4.621		
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	21.62	3.948	.268	.899
รับจ้าง	111	21.97	3.510		
เกษตรกรกรรม	9	22.00	2.958		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	22.21	3.426		
ค้าขาย	35	22.37	4.486		

ตารางที่ 27 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
รายได้					
ไม่มีรายได้	44	21.39	3.405	2.928	.034*
< 10,000 บาท	104	21.66	3.675		
10,000 - 30,000 บาท	91	22.23	3.850		
> 30,000 บาท	21	24.00	3.098		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	60	22.55	3.471	.933	.395
10 - 15 ชั่วโมง	51	22.02	3.356		
> 15 ชั่วโมง	159	21.78	3.885		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					
< 1 ปี	81	21.99	3.826	.117	.890
1 - 5 ปี	118	21.92	3.674		
> 5 ปี	61	22.20	3.605		

*p < 0.05

ตารางที่ 28 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับ
ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

สถานภาพสมรส	Mean	โสด	คู่	แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย
โสด	26.69		1.06	1.81
คู่	25.30			.75
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	25.14			

ตารางที่ 29 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

รายได้	Mean	ไม่มี รายได้	< 10,000 บาท	10,000 - 30,000 บาท	> 30,000 บาท
ไม่มีรายได้	25.36		-.28	-.84	-2.61
< 10,000 บาท	25.34			-.57	-2.34
10,000 - 30,000 บาท	26.12				-1.77
> 30,000 บาท	27.81				

จากตารางที่ 27-29 พบว่า ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสและรายได้แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 30 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	85	21.85	3.816	1.775	.152
Severely dependence	24	21.08	2.858		
Moderately severe dependence	28	21.14	4.053		
Mildly severe dependence	123	22.49	3.629		

จากตารางที่ 30 พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 31 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	45	19.11	3.676	32.631	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	181	22.13	3.142		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	34	25.15	3.677		

**p < 0.01

ตารางที่ 32 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	การสนับสนุน ทางสังคมต่ำ	การสนับสนุนทาง สังคมปานกลาง	การสนับสนุน ทางสังคมสูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	19.11		-3.02*	-6.04*
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	22.13			-3.01*
การสนับสนุนทางสังคมสูง	25.15			

* p < 0.05

จากตารางที่ 31-32 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 33 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	t	P-value
เพศ					
ชาย	60	9.48	2.095	.333	.740
หญิง	200	9.59	2.07		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	160	9.98	2.071	-2.626	.000**
ไม่เพียงพอ	56	9.16	1.766		
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	156	9.85	2.057	2.810	.005**
มี	104	9.13	2.027		
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่มี	219	9.48	2.012	-1.480	.140
มี	41	10.00	2.345		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล					
ไม่มี	87	9.22	2.002	-1.903	.058
มี	173	9.73	2.091		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติ	216	9.57	2.054	.136	.892
ไม่ใช่ญาติ	44	9.52	2.183		

**p < 0.01

จากตารางที่ 33 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลที่มีและไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยด้านเพศ ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 34 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อายุ					
< 40 ปี	100	10.16	2.097	9.533	.000**
40-60 ปี	112	9.41	1.906		
> 60 ปี	48	8.67	2.046		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	8.67	1.581	5.878	.000**
ประถมศึกษา	67	9.00	1.977		
มัธยมศึกษา	67	9.19	2.127		
อนุปริญญา	36	9.64	1.959		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	81	10.40	1.960		
สถานภาพสมรส					
โสด	100	9.99	2.111	3.916	.021*
คู่	131	9.36	1.973		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	29	9.00	2.171		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 34 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	9.00	1.922	2.896	.023*
รับจ้าง	111	9.45	2.057		
เกษตรกร	9	9.33	1.581		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	10.31	2.082		
ค้าขาย	35	9.71	2.204		
รายได้					
ไม่มีรายได้	44	8.57	2.039	7.662	.000**
< 10,000 บาท	104	9.50	2.095		
10,000 - 30,000 บาท	91	9.78	1.971		
> 30,000 บาท	21	11.00	1.414		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	60	10.27	2.138	5.982	.003**
10 - 15 ชั่วโมง	51	9.75	1.707		
> 15 ชั่วโมง	159	9.21	2.091		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					
< 1 ปี	81	9.64	2.181	.579	.561
1 - 5 ปี	118	9.64	2.070		
> 5 ปี	61	9.31	1.937		

*p < 0.05, **p < 0.01

ตารางที่ 35 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

อายุ	Mean	< 40 ปี	40-60 ปี	> 60 ปี
< 40 ปี	10.16		.75*	1.49*
40-60 ปี	9.41			.74
> 60 ปี	8.67			

* p < 0.05

ตารางที่ 36 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8.67		-.33	-.53	-.97	-1.73
ประถมศึกษา	9.00			-.19	-.64	-1.40*
มัธยมศึกษา	9.19				-.44	-1.20*
อนุปริญญา	9.64					-.76
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	10.40					

* p < 0.05

ตารางที่ 37 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

สถานภาพสมรส	Mean	โสด	คู่	แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย
โสด	9.99		.63	.99
คู่	9.36			.36
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	9.00			

ตารางที่ 38 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

อาชีพ	Mean	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9.00		-0.45	-0.33	-1.31*	-0.71
รับจ้าง	9.45			.12	-.86	-.26
เกษตรกร	9.33				-.97	-.38
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	10.31					.59
ค้าขาย	9.71					

* $p < 0.05$

ตารางที่ 39 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

รายได้	Mean	ไม่มีรายได้	< 10,000 บาท	10,000 - 30,000 บาท	> 30,000 บาท
ไม่มีรายได้	8.57		-.93	-1.21*	-2.43*
< 10,000 บาท	9.50			-.28	-1.50*
10,000 - 30,000 บาท	9.78				-1.22
> 30,000 บาท	11.00				

* $p < 0.05$

ตารางที่ 40 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

จำนวนชั่วโมงในการดูแล	Mean	< 10 ชั่วโมง	10 - 15 ชั่วโมง	> 15 ชั่วโมง
< 10 ชั่วโมง	10.27		.52	1.05*
10 - 15 ชั่วโมง	9.75			.53
> 15 ชั่วโมง	9.21			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 34-40 พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสและอาชีพที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า

ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 40-60 ปีและมากกว่า 60 ปี

ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

ผู้ดูแลที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผู้ดูแลที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีรายได้ และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,000 - 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีรายได้

ผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 10 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง

ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรส และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 41 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	85	9.13	2.011	3.365	.019*
Severely dependence	24	8.96	1.853		
Moderately severe dependence	28	9.82	2.245		
Mildly severe dependence	123	9.92	2.055		

* p < 0.05

ตารางที่ 42 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Mean	Total dependence	Severely dependence	Moderately severe dependence	Mildly severe dependence
Total dependence	9.13		.17	-.69	-.79
Severely dependence	8.96			-.86	-.96
Moderately severe dependence	9.82				-.10
Mildly severe dependence	9.92				

จากตารางที่ 41 - 42 พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05

แต่เมื่อทดสอบรายคู่ พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 43 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	45	8.33	2.195	23.765	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	181	9.54	1.787		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	34	11.32	2.142		

**p < 0.01

ตารางที่ 44 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	การสนับสนุนทางสังคมสูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	8.33		-1.20*	-2.99*
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	9.54			-1.79*
การสนับสนุนทางสังคมสูง	11.32			

* p < 0.05

จากตารางที่ 43-44 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.5 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 45 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	t	P-value
เพศ					
ชาย	60	25.48	4.405	1.116	.266
หญิง	200	24.84	3.761		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	160	26.08	3.737	-4.885	.000**
ไม่เพียงพอ	56	23.34	3.238		
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	156	25.26	4.055	1.385	.167
มี	104	24.58	3.689		
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่มี	219	24.93	3.811	-.541	.589
มี	41	25.29	4.496		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล					
ไม่มี	87	24.09	3.878	-2.646	.009**
มี	173	25.44	3.873		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติ	216	25.06	3.989	.611	.542
ไม่ใช่ญาติ	44	24.66	3.583		

**p < 0.01

จากตารางที่ 45 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลและไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนปัจจัยด้านเพศ โรคประจำตัวทางกาย ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 46 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อายุ					
< 40 ปี	100	25.53	4.345	1.572	.210
40-60 ปี	112	24.62	3.711		
> 60 ปี	48	24.73	3.369		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	24.11	3.140	4.531	.001**
ประถมศึกษา	67	24.13	3.104		
มัธยมศึกษา	67	25.31	4.091		
อนุปริญญา	36	23.47	3.308		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	81	26.20	4.349		
สถานภาพสมรส					
โสด	100	25.52	4.338	1.815	.165
คู่	131	24.77	3.505		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	29	24.14	4.068		

** $p < 0.01$

ตารางที่ 46 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
 เจลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	24.51	4.449	2.677	.032*
รับจ้าง	111	24.38	3.419		
เกษตรกร	9	24.67	2.828		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52	26.10	3.846		
ค้าขาย	35	26.09	4.488		
รายได้					
ไม่มีรายได้	44	23.11	3.990	7.790	.000**
< 10,000 บาท	104	24.72	3.654		
10,000 - 30,000 บาท	91	25.62	3.932		
> 30,000 บาท	21	27.52	3.124		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	60	26.25	3.482	4.701	.010**
10 - 15 ชั่วโมง	51	25.10	3.635		
> 15 ชั่วโมง	159	24.44	4.079		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					
< 1 ปี	81	24.40	3.660	2.568	.079
1 - 5 ปี	118	24.93	4.119		
> 5 ปี	61	25.89	3.751		

*p < 0.05, **p < 0.01

ตารางที่ 47 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธีของ scheffe

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุ ปริญญา	ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี
ไม่ได้เรียนหนังสือ	24.11		-0.02	-1.20	.64	-2.09
ประถมศึกษา	24.13			-1.18	.66	-2.06*
มัธยมศึกษา	25.31				1.84	-.88
อนุปริญญา	23.47					-2.73*
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	26.20					

* $p < 0.05$

ตารางที่ 48 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธีของ scheffe

อาชีพ	Mean	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24.51		.13	-.16	-1.59	-1.58
รับจ้าง	24.38			-.29	-1.72	-1.71
เกษตรกร	24.67				-1.43	-1.42
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	26.10					.01
ค้าขาย	26.09					

ตารางที่ 49 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธีของ scheffe

รายได้	Mean	ไม่มี รายได้	< 10,000 บาท	10,000 - 30,000 บาท	> 30,000 บาท
ไม่มีรายได้	23.11		-1.61	-2.50*	-4.41*
< 10,000 บาท	24.72			-0.89	-2.80*
10,000 - 30,000 บาท	25.62				-1.91
> 30,000 บาท	27.52				

* $p < 0.05$

ตารางที่ 50 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธีของ scheffe

จำนวนชั่วโมงในการดูแล	Mean	< 10 ชั่วโมง	10 - 15 ชั่วโมง	> 15 ชั่วโมง
< 10 ชั่วโมง	26.25		1.15	1.81*
10 - 15 ชั่วโมง	25.10			.66
> 15 ชั่วโมง	24.44			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 46-50 พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษา รายได้และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนกลุ่มที่มีอาชีพที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า

ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและอนุปริญญา

ผู้ดูแลที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,000 - 30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาได้

ผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 10 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง

ส่วนปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส อาชีพและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบันพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 51 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	85	24.65	3.680	1.539	.205
Severely dependence	24	24.67	3.703		
Moderately severe dependence	28	24.04	4.451		
Mildly severe dependence	123	25.50	3.968		

จากตารางที่ 51 พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 52 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	Mean	SD.	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	45	21.87	3.871	47.209	.000**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	181	24.96	3.128		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	34	29.29	3.850		

**p < 0.01

ตารางที่ 53 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีของ scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	การสนับสนุนทางสังคมสูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	21.87		-3.09*	-7.43*
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	24.96			-4.34*
การสนับสนุนทางสังคมสูง	29.29			

* p < 0.05

จากตารางที่ 52 - 53 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 54 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปร	R	R ²	B	t	P-value
ค่าคงที่ (Constant)			57.041	16.571	.000**
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	.611	.373	.558	12.142	.000**
โรคประจำตัวทางกาย	.233	.054	-4.674	-4.191	.000**
รายได้	.304	.092	.000	3.439	.001**

R = 669, R² = 0.447, S.E.est. = 8.717, F = 69.040, p < .01

จากตารางที่ 54 พบว่า ตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มี 3 ตัวแปร ได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัวทางกาย และรายได้ โดยรวมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44.7

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 57.041 + 0.558 X_1 - 4.674 X_2 + .000 X_3$$

Y = คะแนนคุณภาพชีวิต

X₁ = คะแนนการสนับสนุนทางสังคม

X₂ = โรคประจำตัวทางกาย

X₃ = รายได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนมีนาคม 2551 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล, แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index), แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย World Health Organization Quality Of Life - BREF (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งมีความเชื่อมั่น $\gamma = 0.84$ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อมั่น $\gamma = 0.88$

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านกับปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติ Chi-square และ One-Way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้โปรแกรม SPSS for windows version 11.5

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสังคม และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย มีดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.9 ส่วนมากมีอายุ 40 – 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 43.1 มีอายุเฉลี่ย 46.7 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 31.2 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 42.7 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,335.85 บาท มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 74.1 ไม่มีโรคประจำตัวทางกายคิดเป็นร้อยละ 60.0 ไม่มีประวัติเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 98.9 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 84.2 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมากกว่า 15 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยมีชั่วโมงดูแลเฉลี่ย 17.45 ต่อวัน มีระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.3 โดยมีระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 3.65 ปี มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 66.5 และมีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 83.1

1.2 ปัจจัยด้านสังคม

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 17.3 และการสนับสนุนทางสังคมสูงน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.1

1.3 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่วนมากอยู่ในระดับ Mildly severe dependence คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมา คือ Total dependence, Moderately severe dependence และ Severely dependence คิดเป็นร้อยละ 32.7, 10.8 และ 9.2 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง จำนวน 184 คนคิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมามีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 72 คนคิดเป็นร้อยละ 27.7 และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 1.5 (mean = 89.17, min = 51 , max 122 , SD. = 11.656) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าอยู่ในระดับกลางทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 53.5, 50.8, 65.0 และ 86.9 ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

3.1.1 คุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัวทางกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนสถานภาพสมรส จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยและการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สำหรับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

และจากการวิเคราะห์ด้วย t-test และ One-way ANOVA พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลในต่อวันที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยพบว่า

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสดมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

ผู้ที่รายได้มากกว่า 30,000 บาทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และไม่มีรายได้

กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวันน้อย มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน

ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

จากการวิเคราะห์ด้วย t-test และ One-way ANOVA พบว่า สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัวทางกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนกลุ่มที่มีอายุ รายได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยพบว่า

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

ผู้ที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท

ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์ด้วย t-test และ One-way ANOVA พบว่า ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัวทางกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า

ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.4 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

จากการวิเคราะห์ด้วย t-test และ One-way ANOVA พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกายและจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยพบว่า

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่า ผู้ที่มีอายุ 40-60 ปีและอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผู้ที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,000 - 30,000 บาท มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาได้

ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 10 ชั่วโมงมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง

ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย

ส่วนปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.5 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ด้วย t-test และ One-way ANOVA พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันและการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า

ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและอนุปริญญา

ผู้ที่มีระดับรายได้สูงกว่า 30,000 บาท มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,000 - 30,000 บาท มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่ไม่มียาได้

ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 10 ชั่วโมงมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง ผู้ที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่ไม่มียาช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัวทางกาย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ปัจจัยด้านสังคม

3.2.1 คุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Chi-square พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

และจากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.2.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.2.4 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง และปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.2.5 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.3 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

3.3.1 คุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Chi-square พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล

และจากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.4 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.5 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัวทางกาย) และปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมมี 3 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม (มีผลทางบวก) และโรคประจำตัวทางกาย (มีผลทางลบ) โดยร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44.7

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 70.8) และเมื่อพิจารณารายด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าอยู่ในระดับกลางทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่มาก ผู้ป่วยมักมีความพิการร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และผลของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ซึ่งถ้าผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหา และปรับตัวต่อการดูแลได้จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของยูพาฟิน ศิริ โปธิงาม [37] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลาย เกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่างๆ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากในสังคมไทยส่วนใหญ่เพศหญิงไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมักถูกกำหนดให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย ในเรื่องของอายุ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 60 ปี จะเห็นว่าอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอย เช่น ความเจ็บป่วยของร่างกาย ดังนั้นกลุ่มประชากรในวัยนี้อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในเรื่องของระดับการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ สูง จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกลุ่มนี้ ในส่วนของสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ที่มีคู่สมรสคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แต่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มักมีภาระที่ต้องรับผิดชอบภายในครอบครัว เมื่อต้องมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแล ในด้านของอาชีพพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำและไม่แน่นอน จึงก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความไม่สบายใจ มีความคับข้องใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ สำหรับความเพียงพอของรายได้พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ทำให้เกิด

ความรู้สึกปลอดภัย ปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย ในเรื่องของโรคประจำตัวทางกายและการเจ็บป่วยทางจิตเวช พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายและการเจ็บป่วยทางจิตเวช เนื่องจากผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียดกับภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีตนั้นจะช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลลดความรู้สึกตึงเครียดหรือวิตกกังวลจากการดูแล การไม่มีประสบการณ์จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สำหรับจำนวนชั่วโมงในการดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานในแต่ละวันทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระ ทำให้เกิดความเครียดเหนื่อยล้าได้ โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปี เฉลี่ย 3.65 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สั้นสำหรับการปรับตัวและพัฒนาความสามารถในการดูแล เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะมีผลให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อน หรือออกไปทำกิจกรรมต่างๆ นอกบ้าน ทำให้ลดความตึงเครียดจากการดูแลได้ และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วย ซึ่งการเป็นญาติกันอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีการเพิ่มภาระเพิ่มขึ้นจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ

และจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า มีผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดีเพียง 4 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีต ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งวัน (24 ชั่วโมง) และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อธิบายได้ว่า การที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยไม่คาดคิดมาก่อน ขาดการเตรียมตัวเตรียมใจที่เหมาะสม ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้และทักษะ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจ รู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นเรื่องยากลำบาก อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องยาวนาน ไม่มีโอกาสได้พักผ่อนและขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Luckmann & Serensen [83] ที่พบว่า ประสบการณ์ในอดีตจะช่วยผู้ดูแลในการตัดสินใจ เลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลลดความรู้สึกตึงเครียดหรือความรู้สึกวิตกกังวลจากการดูแลได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกรรณิก กงหอม [92] ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณงาม และสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมที่ดี มีความเหมาะสมต่อการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ปัญหาและมีกำลังใจต่อสู้บรรเทา

มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดี และในส่วนของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน หากผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการรับบทบาทการดูแลนั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะคุกคามในชีวิตจะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ [93] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยนาน ใช้เวลากับผู้ป่วยมาก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

2. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1.1 เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากในสังคมไทยส่วนใหญ่เพศหญิงไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมักถูกกำหนดให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย และเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ดังนั้นการยอมรับและปรับตัวเมื่อต้องเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นไปได้ง่าย ดังนั้นเพศจึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2.1.2 อายุ

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในส่วนของสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่า อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น ภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในการเผชิญปัญหาในเรื่องต่างๆ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 60 ปี ซึ่งจะเห็นว่าอยู่ในวัยกลางคน โดยวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอยและความเสื่อมถอยนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เช่น ความเจ็บป่วยของร่างกาย ดังนั้นกลุ่มประชากรในวัยที่มากขึ้น อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery [94] ที่พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

2.1.3 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมแต่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอนุปริญญา อธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล อีกทั้งบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้หรือข้อมูลข่าวสารต่างๆ สามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ อีกทั้งสามารถเข้าใจและปรับตัวกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนิม [80] ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและนับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของอูมา จันทวิเศษ [77] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาหรือระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้หรือมีการศึกษาสูง จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้

2.1.4 สถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสโสด มักมีบุคคลอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นโสดไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง จึงมีโอกาสดูแลตนเอง และมีเวลาส่วนตัวมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ [95] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเนื่องจากมีผู้ที่คอยช่วยคำจุน สนับสนุน ให้อำลัใจ แบ่งเบาภาระและเป็นทีปรึกษาทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล

2.1.5 อาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อธิบายได้ว่า การประกอบอาชีพทำให้บุคคลสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ได้ดี การมีรายได้ที่มั่นคงทำให้มีโอกาสทางสังคมมากกว่า และเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrans และ Power [52] ที่พบว่า บุคคลที่ประกอบอาชีพมีแนวโน้มที่จะมีภาวะทางจิตสังคมดีกว่า

ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจาก การประกอบอาชีพทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองสามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ และในขณะที่เดียวกันก็มีรายได้ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า

2.1.6 รายได้

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต มีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต [36] การมีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า รายได้รวมนั้นมีแหล่งที่มาของรายได้หลักและรายได้เสริมที่ต่างกัน และพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา ตังตระกูล [76] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ จะเกิดความรู้สึกปลอดภัย สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.1.7 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวทางกายและทางจิตเวชของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสุขภาพกาย จิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวทางกาย อธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลอาจจะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันทำให้ต้องใช้พลังกำลังของร่างกายมาก ผู้ดูแลจึงต้องมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจึงจะสามารถดำเนินต่อไปได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพดี จะสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายในชีวิตที่ตนเองตั้งเอาไว้ อีกทั้งยังทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียดกับภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลที่มีสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิวีรกุล [96] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียดกับความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง [97] ที่พบว่า ถ้าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่จะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2.1.8 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 15.8 แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 57.3 เฉลี่ย 17.45 ชั่วโมงต่อวัน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากระยะเวลาที่ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดทักษะ ความชำนาญ รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงลดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ หรือเป็นเรื่องที่ยากลำบากลงได้ ผู้ดูแลจึงไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวารภรณ์ จิธานนท์ [98] ที่พบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในอดีตไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.9 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 57.3 เฉลี่ย 17.45 ชั่วโมงต่อวัน อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานหากผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า รู้สึกเป็นภาระมากขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสรินรัตน์ ตั้งฐรัตน์ [99] ที่พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย 8-12 ชั่วโมงต่อวันมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลสูง เช่นเดียวกับงานวิจัยของบุญรัตน์ เพิกเดช [100] ที่พบว่า ปริมาณการดูแลที่มากจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชญญาภรณ์ ดาวน์พแก้ว [81] ที่พบว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.10 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีความคลุ้มเครือในบทบาท หรือขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยคุกคามต่อชีวิตของตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี เฉลี่ย 3.65 ปี รวมทั้งยังดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 57.3 เฉลี่ย 17.45 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ความชำนาญ เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะมีผลให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฯ คานวนเพ้า [81] ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหมายถึง จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลผู้ป่วยน้อย ความผาสุกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น

2.1.11 การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า การมีผู้ช่วยเหลือจะช่วยลดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ได้ระบายความรู้สึก ปลอดภัย และลดความตึงเครียดจากการดูแลได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 66.5 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.4 จึงทำให้ผู้ดูแลมีคนช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลมีโอกาสได้พักผ่อน หรือออกไปทำกิจกรรมต่างๆ นอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิวิรุณ [96] ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการช่วยลดภาระจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลทุกรายต่างรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหนัก สร้างความเหนื่อยล้าแก่ตน ผู้ดูแลมักต้องการผู้ช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานจากคนในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องเศรษฐกิจ กำลังกาย กำลังใจ จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.1.12 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วย (ร้อยละ 83.1) โดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 39.23 และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ญาติร้อยละ 16.92 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในฐานะบุตร ทำให้เกิดความสงสาร มีความตั้งใจในการดูแลเนื่องจากการดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการแสดงถึงความกตัญญู ตอบแทนพระคุณบิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ ในส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี เฉลี่ย 3.65 ปี รวมทั้งยังดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 57.3 เฉลี่ย 17.45 ชั่วโมงต่อวัน จากระยะเวลาที่ต่อเนื่อง ยาวนานนี้อาจทำให้ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเกิดความคุ้นเคยสนิทสนมกับผู้ป่วยและญาติ จึงทำให้สามารถปรับตัวได้ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสรินรัตน์ ดังชูรัตน์ [99] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นญาติจะมี

ความรัก ความผูกพัน มีความคุ้นเคยในตัวผู้ป่วย จึงมีความอดทน ยอมรับกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยได้มากกว่า แต่จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นญาติรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มเติมจากบทบาทหน้าที่ตามปกติ

2.2 ปัจจัยด้านสังคม

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่หลากหลายและมีความยุ่งยากซับซ้อนนั้นมักเกิดความเครียด มีความวิตกกังวล ขาดกำลังใจและท้อแท้ การที่ผู้ดูแลได้รับกำลังใจจากครอบครัวหรือการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจ หรือความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดจากการดูแล และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ [101] ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปต้องการการช่วยเหลือทั้งทางด้านสังคม ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ [95] ที่พบว่า แรงสนับสนุนที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระของผู้ดูแลลดน้อยลง ซึ่งมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า [81] ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความผาสุกในชีวิตมาก

2.3 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งมีความรักใคร่ ผูกพัน มีความเอื้ออาทร เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยของบิดามารดา จึงทำให้การดูแลเป็นไปด้วยความเต็มใจและตั้งใจเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดทักษะ ความรู้ ความชำนาญ และปรับตัวเข้ากับการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ Mildly severe dependence (ร้อยละ 47.3) ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ดังนั้น ระดับการ

ปฏิบัติการกิจวัตรประจำวัน (ADL) จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาภรณ์ คาวานพแก้ว [81] ที่พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา [87] ที่พบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ายุ่งยากมาก จะมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระมากขึ้น ระดับการพึงพามากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

3. ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัวทางกาย) และปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมมี 3 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม (มีผลทางบวก) และโรคประจำตัวทางกาย (มีผลทางลบ) โดยร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44.7

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันอุบัติเหตุ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และลดความกังวลในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล
2. จัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล และปัญหาที่พบจากการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก มีกลุ่มเพื่อนมากขึ้น เป็นการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป
3. จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมรายได้ที่ผู้ดูแลสามารถทำได้เองที่บ้านระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย เช่น การร้อยลูกปัด ถักไหมพรม เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาของสุขภาพและช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่แข็งแรง พร้อมทั้งจะให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกรณีปัญหาทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
5. ให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือคับข้องใจจากการดูแล เช่น การมีวันหยุดพักผ่อน การผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก การจัดการกับปัญหาและการปรับตัวในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้มีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากขึ้น
2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในแต่ละด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
3. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในรายละเอียดที่ถูกละทิ้งไป เช่น แหล่งที่มาของรายได้ ช่วงอายุที่แคบลง

4. ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น เพื่อศึกษาปัจจัยด้านโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

5. ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระดับภาค รวมไปถึงระดับประเทศ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถอ้างอิงได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1.] Grant, J.S. “ Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers”. Home Health Care Nurse. 14(November 1996): 883-902.
- [2.] Whisnant,J.P. The Decline of Stroke. www.stroke.ahajournals.org.1984.
- [3.] สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่2, 2548.
- [4.] สุวพัทธ์ บวรณเวช. การรักษาคอนโซ่ Stroke ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ในชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู.ธนบุรี. สหประชาพานิชย์, 2521.
- [5.] Grant, JS. Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. Home Healthcare Nurse. 4(1996): 893-902.
- [6.] Feibel, J.H. & Springer, C.J. Depression and failure to resume social activities after stroke , Archives of physical medicine and Rehabilitation. 63(1982): 276-278.
- [7.] Bruckbauer, E.A. Recognizing post stroke depression. Rehabilitation Nursing. 16 (1991): 34-36.
- [8.] Fracer, C. The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. Journal of neuroscience Nursing. 31(1999): 9-16.
- [9.] จิราพร เกศพิชญวัฒนา. Katanyu Katavedi and Caregiving for Frail Elderly. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (กันยายน-ธันวาคม 2542): 51-64.
- [10.] ศิริพันธ์ สาคัดย์, Bryar,R.M. and Newens, A.J. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารสมาคมพฤฒาวิทยา (ตุลาคม-ธันวาคม 2543): 15-24.
- [11.] National Family Caregiver Association. What is Caregiving Support Programs. (Online) 2000 (cited 2000 March4). Available from: URL: <http://www.NFCA.com>.
- [12.] Archbold, P.G., and Stewart,B.J. The Nature of Family Caregiving Role and Nursing Intervention for Caregiving Families. School of Nursing. Oregon Health Sciences University. Portland, OR. 1996.
- [13.] Tumbull JM, Tumbull SK, Kirk CC. Alleviating the stress of caring for patients with Alzheimer’s Disease :The Caregiver: Who Are They? (Online) 2000 (cited 2000Jun14)Available from: URL:<http://www.medscape.com./SMA/ClinicalReviews/1999/fall99/crF99.08.turn/crF99.08.turn-03.html>.

- [14.] ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 33(2531): 91-102.
- [15.] Brown, P.L. The Burden of Caring for a husband with Alzheimer's Disease. Home Health Care Nurse. 9(1991): 33-38.
- [16.] Robinson-Smith, G. & Mahoney, C. Coping and marital equilibrium after stroke. Journal of Neuroscience Nursing. 27(1995): 83-89.
- [17.] Ekberg, J.Y. Griffith, N. & Foxall, M.J. Spouse burnout syndrome. Journal of Advanced Nursing. 11(March 1986): 161-165.
- [18.] The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. People and health : what quality of life? World Health Forum. 17 (1996): 354 – 356.
- [19.] สุดศิริ หิรัญชุนนะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎิบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [20.] Gaynor, S.E. The long haul: the effect of home care on caregivers. Image: Journal of Nursing Scholarship. 22(1990): 208-212.
- [21.] สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุบรรณ, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล และราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง, 2540.
- [22.] World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertention. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO register. Geneva: WHO. 1973.
- [23.] Classification of cerebrovascular disease III: special report from National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 1989.
- [24.] นิจศรี ชาญนรงค์ (สุวรรณเวลา). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง. สนองโอรุสกาษาชาติไทย. 168(เมษายน – มิถุนายน 2549): 30-31.
- [25.] Robin, S.M. & Baum, H.M. National survey of stroke/ incidence. Stroke. 12(1981): 45-57.
- [26.] Black, J.M. & Matassarini-Jacobs, E. Luckmann and sorenson's medical surgical nursing: A psychophysiologic approach. (4th ed.). Philadelphia: W.B.Saunders, 1993.

- [27.] เจียมจิต แสงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยสตรีที่มีปัญหาการดูแลและการกลืน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 6 (มกราคม – เมษายน 2530): 11-18.
- [28.] Bray, G.P. , Defrank, R.S. & Wolfe, T.L. Sexual functioning in stroke survivors. Archives of Physical medicine and Rehabilitation. 62(June 1981): 286-288.
- [29.] Burgener, S. & Logan, G. Sexuality concerns of the post stroke patient. Rehabilitation Nursing. 14 (1989): 178-181.
- [30.] ฟารีดา อิบราฮิม. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร, 2539.
- [31.] Robinson, R.G. & Price, T.R. Post-stroke depressive disorder: a follow-up 103 patients. Stroke. 13(1982): 635-641.
- [32.] Frazan, D.T. Reintegration for stroke survivors: Home and community considerations. Nursing Clinics of North America. 26(1991): 1037-1047.
- [33.] Robinson, C & Stalker, K. New Direction: Suggestions for Interesting Service Department in Respite Care. King's Fund Centre, 1992.
- [34.] Ross, F & Mackenzie, A. Nursing in Primary Care. London: Routledge, 1996.
- [35.] Orem, D.E. Nursing: concept of practice. Connecticut: Appliton & Lange, 1991.
- [36.] Horowitz, A. Family care giving to the frail elderly. In C. Eisdorfer (ed.). Annual review of gerontology & Geriatric S. New York: Springer Publishing Co, 1985.
- [37.] ยูพาพิน ศิริโพธิงาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาศิษย์พยาบาลสาร. 2 (2539): 84-92.
- [38.] จารุวรรณ มานะสุรการ. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.
- [39.] สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [40.] วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล. 44(เมษายน – มิถุนายน 2538): 88-92.
- [41.] Lubkin, I. & Payne, M.E. Family caregivers. In I.M. Lubkin & P.D. Larsen (eds.). Chronic illness: Impact and Interventions. 4th ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1998.

- [42.] Rapp, S.R. & Reynolds, D.L. Families Social support and caregivers. In W.R. Hazzard, J.P. Blass, W.H. Ettinger, J.B. Halter & J.G. Ouslander (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. New York: McGraw-Hill, 1999.
- [43.] May, B.J. Home health and rehabilitation: concepts of care. Philadelphia : F.A. Davis, 1999.
- [44.] จินตนา สมนึก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [45.] เสาวลักษณ์ เนตรชัง. การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- [46.] Nancy, W., Sheehan & Nuttall, P. Conflict, Emotion and Personal Strain among Family Caregivers. Family Relation. 37(January 1988): 92-98.
- [47.] จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเปราะบางของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- [48.] Cooley, M.E. Quality of life in persons with non-small cell lung cancer: concept analysis. Cancer nursing. 21(1998): 151-161.
- [49.] Ferrans, C.E. Quality of life : Conceptual issues. Oncology Nursing Forum. 6 (1990): 248 – 254.
- [50.] ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 2539.
- [51.] Dean, H. Essential of Psychological Testing. (5th ed). New York: Harpercollins, 1985.
- [52.] Ferrans, C.E. & Powers, M.J. Psychometric Assessment of The quality of life Index. Research in Nursing & Health. 15(1992): 22-29.
- [53.] Gooddinson, S.M. & Singleton, J. Quality of life : A Critical review of current concepts, measures and their Clinical implication. Internal Journal of Nursing Studies. 26(1989): 327-340.
- [54.] Zhan, L. Quality of life : concept and measurement issue. Journal of Advanced Nursing. 17(1992): 795-880.

- [55.] ผาสุก มุททเมธา. คติชาวบ้านกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2535.
- [56.] เกษม จันทร์แก้ว. ความสัมพันธ์ของการพัฒนาประเทศ คุณภาพชีวิตและคุณภาพของสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530.
- [57.] ศิริ ฮามสุโพธิ. ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์, 2543.
- [58.] Ferrell. B.R. The Quality of life : 1521 voices of cancer. Oncology Nursing Forum. 23(1996): 907-916.
- [59.] Flanagan, J.C. Measurement of quality of life : current state of art. Archieve of physical Medicine and Rehabilitation. 63(1982): 56-59.
- [60.] Herrman, B. Quality of Life and Neurological Illness: A Review of the Literature. Springer Netherlands. 9(1999): 209-229.
- [61.] Meeberg, G.A. Quality of life : A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 18(1993): 32-38.
- [62.] Frank – Stromborg, M. Selecting an instrument to measure quality of life. Oncology Nursing Forum. 11(1984): 88-91.
- [63.] Campbell, A. Subjective measures of well-being. American Psychologist. 31(August 1976): 117-124.
- [64.] Cantril, A. Quality of Life Instrument for Stroke Survivors. Nursinglibrary.org.2002.
- [65.] Padilla, G.V. & Grant, M.M. Quality of life as cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science. 8(1995): 45-47.
- [66.] กรมสุขภาพจิต. การวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก. วารสารกรมสุขภาพจิต. 5(2541): 102-109.
- [67.] สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจและวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2541.
- [68.] ศิริชัย ดาริการัณนท์. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV . วารสารกรมสุขภาพจิต. 5(2541): 25-55.
- [69.] พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระระรัตน์และชุติมา ประทีปะจิตติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต. 5(2541): 16-23.
- [70.] ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง. 2543.

- [71.] วรรณภา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
2543.
- [72.] ศุภรี ศิริบุรณ. สุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอ
กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอก
อนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- [73.] เขียวลักษณ์ กลินหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- [74.] สมฤดี สิทธิมงคล. ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [75.] กุสุมา คุวานันท์สัมฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- [76.] สุชีรา ตั้งตระกูล. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจ
ในผู้ป่วยสตรีโรค. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2538.
- [77.] อูมา จันทวิเศษ. ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก
โรคหลอดเลือดสมอง. รายงานวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
สงขลา. 2535.
- [78.] Dirkson, S.R. The critical modeling to predict subjective well being. Western Journal of
Nursing Research. 12(1990): 629-643.
- [79.] Gaynor, S. The Long Haul: The Effects of Home Care on Caregiver. Journal of Nursing
Schoraship. 22(1989): 208-212.
- [80.] นันทพร ศรีนิม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- [81.] ธัญญาภรณ์ คาวนพแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547.

- [82.] ชูชิน ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [83.] Luckmann & Sorensen, K.C. Medical-surgical nursing: A psycho physiologic approach. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- [84.] Mclean, J.et al. Service needs of stroke survivors and their informal cares: pilot study. Journal of Advanced Nursing. 1991.
- [85.] ฤทัย แสนลี. ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
- [86.] สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ . Chula Medical Journal, 2537.
- [87.] สายพิน เกษมกิจวัฒนา. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- [88.] ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2543.
- [89.] Barthel, D.W., Mahoney,F.I. Functional evaluation: the barthel index. Maryland State Medical Journal. 14(1965): 61-65.
- [90.] พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย และอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. J Med Assoc Thai 2006. 89 Suppl 3(2006): 13-19.
- [91.] Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 4 (1981): 381-406.
- [92.] กรรณิกา คงหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [93.] จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

- [94.] Montgomery, R.J.V. Caregiving and experience of subjective and objective burden. Family Relation. 34(1985): 19-26.
- [95.] เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- [96.] นภาพร ฤทธิวีรกุล. ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- [97.] ประกอบพร ทิมทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
- [98.] วราภรณ์ จิธานนท์. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [99.] สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [100.] บุญญรัตน์ เฟิกเดช. การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสาร และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- [101.] ชนิตา มณีวรรณ. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาล. 43(2537): 236-244.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

การบริหารงานวิจัย และตารางการปฏิบัติงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
ดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้เป็น
ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อันจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างสร้างสรรค์และ
เป็นสุข หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษา จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และสอบถามท่านเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วน
บุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพเชิง
ปฏิบัติของผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 4
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการสัมภาษณ์ทั้งหมดนี้จะใช้
เวลาประมาณ 30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิ
ประโยชน์ใดๆ โดยตรงและการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม
การวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากแพทย์ผู้รักษา
ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวเฟื่องฟ้า สีสวย กลุ่มงาน
พยาบาลอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทร. 086-5255713 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่าน
ทุกประการ หรือหากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14-15 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ
ร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

นางสาวเฟื่องฟ้า สีสวย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2550

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่เกิดขึ้นจากการ วิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิใน การปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ใน ภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็น สรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อน เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวเฟื่องฟ้า สีสวย.....)

7. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี 7.1

มี 7.2 โปรดระบุ.....

8. ท่านมีประวัติเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชหรือไม่

ไม่มี 8.1

มี 8.2 โปรดระบุ.....

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ไม่มี 9.1

มี 9.2 โปรดระบุระยะเวลาในการดูแล.....ปี.....เดือน

10. ท่านดูแลผู้ป่วยจำนวน.....ชั่วโมง/วัน

11. ท่านดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบันมาเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

12. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี 12.1

มี 12.2 โปรดระบุ.....

13. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ

ญาติ 13.1 โปรดระบุความสัมพันธ์ บิดา-มารดา

บุตร

คู่สมรส

พี่/น้อง

อื่นๆ ระบุ.....

ไม่ใช่ญาติ 13.2 โปรดระบุ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล

จากศูนย์

ลูกจ้างในบ้าน

อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย กรุณาบอกหมายเลขที่ตรงกับข้อความที่ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่กำหนดในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วยเช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ล้วงหน้า
 - 2 ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติดี
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย
 - 1 นั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียง
 - 2 ต้องมีคนช่วยพยุงบ้างเล็กน้อย
 - 3 ทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
4. การใช้ห้องสุขา
 - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ทำได้เองบ้าง อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ขึ้นนั่งและลงโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าเรียบร้อย
5. การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง
 - 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 เดินไม่ได้ แต่เคลื่อนที่ได้เอง โดยใช้รถเข็น (Wheel Chair)
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือใช้ไม้เท้าและต้องให้ความสนใจดูแลความปลอดภัย
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ช่วยตัวได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าตัดแปลงเหมาะสมได้

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เองหรือใช้เครื่องช่วย เช่น ไม้เท้า Walker ต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย

8. การอาบน้ำ

- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำได้
- 1 อาบได้เอง

9. การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้เลย
- 1 มีอุจจาระราดเป็นครั้งคราว
- 2 กลั้นได้ดีเป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 มีปัสสาวะราดเป็นครั้งคราว
- 2 กลั้นได้ตามปกติ

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย, รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง, รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย, รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง, รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่น้อย
ระดับกลางๆ
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ, รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ, รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีหรือรู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2.	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3.	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4.	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ ความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6.	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7.	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8.	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9.	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ ลินหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10.	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11.	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12.	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด					
13.	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14.	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16.	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17.	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18.	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19.	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20.	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21.	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22.	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23.	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24.	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25.	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
26.	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

สิ่งสนับสนุน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านไม่สบายใจ					
2. มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขท่านเสมอ					
3. ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
4. ท่านได้รับความกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อมีความทุกข์					
5. บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
6. ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นทีปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
7. คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
8. เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
9. เพื่อนบ้านดีต่อท่านเสมอ					
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
10. มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
11. มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ท่านอย่างดี					
12. มีผู้แนะนำท่านในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
13. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องราวที่อยากรู้					
14. ท่านมีแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สามารถติดตามได้เมื่อต้องการ					
ด้านวัตถุ					
15. เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือได้เสมอ					
16. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านที่บ้าน					
17. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านที่ทำงาน					
18. มีผู้แบ่งเบาภาระทางครอบครัวของท่าน					
19. ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					
20. เมื่อท่านอยากได้สิ่งใด ท่านมักได้รับเสมอ					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเฟื่องฟ้า สีสวย เกิดเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2524 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อยู่ตามภูมิลำเนา บ้านเลขที่ 233 หมู่ 3 ตำบลบางปลาหมอ อำเภอบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันทำงานฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตำแหน่งพยาบาลระดับ 5 แผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรมพิเศษ ดึกภปร.ชั้น 15



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย