

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



นางสาวกรรณิกา กงหอม

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

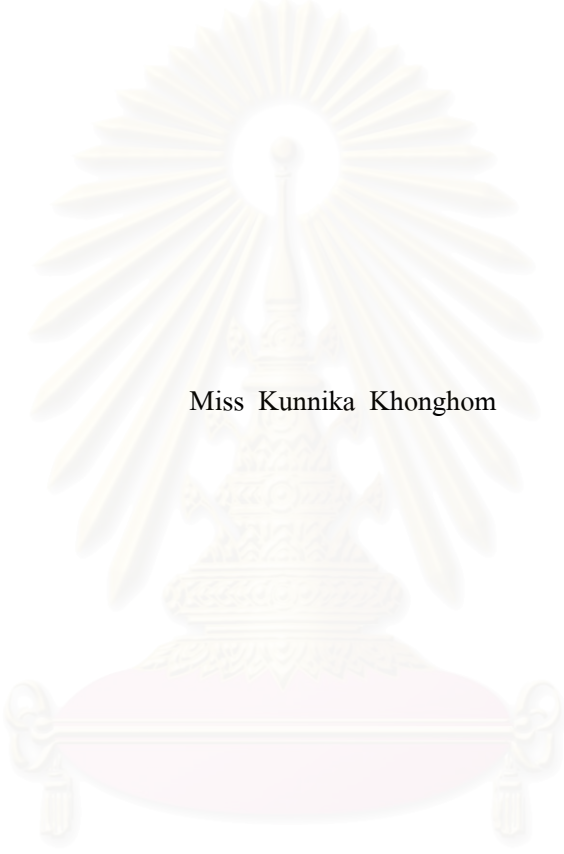
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5030-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN APPRAISAL OF CAREGIVING, PATIENT-CAREGIVER
RELATIONSHIPS, CAREGIVING DEMANDS, FAMILY SUPPORT, AND
FAMILY CAREGIVERS' ADAPTATION OF
PATIENTS WITH STROKE



Miss Kunnika Khonghom

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5030-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพ ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจาก ครอบครัว กกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางสาวกรรณิกา คงหอม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แนบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ์)

กรณีศึกษา : ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.(RELATIONSHIPS BETWEEN APPRAISAL OF CAREGIVING, PATIENT-CAREGIVER RELATIONSHIPS, CAREGIVING DEMANDS, FAMILY SUPPORT, AND FAMILY CAREGIVERS' ADAPTATION OF PATIENTS WITH STROKE) อ. ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์, อ. ที่ปรึกษาร่วม: ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 146 หน้า. ISBN 974-17-5030-7.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของลาซารัสและฟอล์กแมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 120 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย แบบสอบถามความต้องการการดูแล แบบสอบถาม การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามการปรับตัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี ($X = 3.66 \pm 0.46$)
2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240, r = .333, r = .468$ ตามลำดับ)
3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ความต้องการการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.514, r = -.523, r = -.310$ ตามลำดับ)
4. การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแล สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 ($R^2 = .518$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{การปรับตัว}} = .433Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}} - .267Z_{\text{คุณภาพ}} - .227Z_{\text{สูญเสีย}} - .188Z_{\text{ความต้องการการดูแล}}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....

ปีการศึกษา.....2546.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4577552436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: APPRAISAL OF CAREGIVING /PATIENT-CAREGIVER RELATIONSHIPS/ CAREGIVING DEMANDS / FAMILY SUPPORT / ADAPTATION

KUNNIKA KHONGHOM : RELATIONSHIPS BETWEEN APPRAISAL OF CAREGIVING, PATIENT-CAREGIVER RELATIONSHIPS, CAREGIVING DEMANDS, FAMILY SUPPORT, AND FAMILY CAREGIVERS' ADAPTATION OF PATIENTS WITH STROKE. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S. THESIS CO-ADVISOR : CAPT. SIRIPHAN SASAT, PH.D., 146 pp. ISBN 974-17-5030-7.

The purposes of this research were to study the relationships and predictors between appraisal of caregiving, patient-caregiver relationships, caregiving demands and family support and adaptation of family caregivers of patients with stroke. Lazarus & Folkman's Adaptation Model (1984) was used as a research framework. The samples consisted of 120 family caregivers of patients with stroke and were recruited by using simple random sampling from the Out-Patient Department of Prasat Hospital. The instruments were Demographic questions, Appraisal of Caregiving Scale, Patient-Caregiver Relationships, Caregiving Demands Scale, Family Support and Adaptation Questionnaires and were tested for content validity and reliability. The data were analyzed by using SPSS for windows for mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise regression.

Major findings were as follows :

1. The family caregivers of patients with stroke had a good level of adaptation ($\bar{X} = 3.66 \pm 0.46$).
2. The challenge appraisal, patient relationships and family support scores were positive related significantly to adaptation of family caregivers of patients with stroke at level of .05 ($r = .240$, $r = .333$ and $r = .468$ respectively).
3. The threat appraisal, loss appraisal and caregiving demands scores were negative related significantly to adaptation of family caregivers of patients with stroke at level of .05 ($r = -.514$, $r = -.523$ and $r = -.310$ respectively).
4. Family support, threat appraisal of caregiving , loss appraisal of caregiving and caregiving demands could predict the adaptation of family caregivers of patients with stroke at level of .05. The predictive power was 52 percents of the variance ($R^2 = .518$). The study equation was at follow :

$$Z_{\text{adaptation}} = .433Z_{\text{Family support}} - .267Z_{\text{Threat}} - .227Z_{\text{Loss}} - .188Z_{\text{Caregiving demands}}$$

Field of study.....Nursing Science.....Student 's signature.....

Academic year.....2003.....Advisor 's signature.....

Co-advisor 's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอิงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอบพระคุณผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณหัวหน้าตึกไอซียูศัลยกรรมประสาทสถาบันประสาทวิทยา และพยาบาลแผนกไอซียูศัลยกรรมประสาททุกท่าน ที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในระหว่างที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอ

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนพี่ชายที่คอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	17
การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	20
ทฤษฎีการปรับตัวของลาซารัสและโพล์คแมน.....	22
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัวของผู้ดูแล.....	27
ความต้องการการดูแลกับการปรับตัวของผู้ดูแล.....	30
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแล.....	35
การสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแล.....	39
บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	126
ภาคผนวก จ หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย.....	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับตัวโดยรวม.....	59
2	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา	64
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	65
4	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล.....	66
5	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระยะเวลาในการดูแล ความพิการของผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแล.....	67
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว.....	68
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกโดยรวมและรายด้าน.....	69
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวโดยจำแนกตามรายข้อ.....	70
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	72
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม การสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น(R^2 Change).....	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพการสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	74
12	ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test.....	129
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำทายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์หูเชิงเส้น.....	134
14	ค่า Tolerance และ ค่า VIF ของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำทายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว.....	135

สารบัญแนกมึ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กราฟทดสอบความแปรปรวน.....	128
2	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาย.....	130
3	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย.....	130
4	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม.....	131
5	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย.....	131
6	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของความต้องการการดูแล.....	132
7	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการสนับสนุนครอบครัว.....	132
8	ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการปรับตัว.....	133

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในโรคทางด้านระบบประสาท (กิตติ ลีมอภิชาติ, 2534: 334) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 (Cynthia et al., 2001) และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ลักษณะความพิการที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยเกิดอัมพาตและอาจมีอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น มีปัญหาการสื่อสาร การเคลื่อนไหวและการกลืนผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย ความจำเสื่อม ผู้ป่วยบางรายอาจไม่รู้สึกร่างกาย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 85-86)

การเข้ารับบทบาทในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในบทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปด้วยความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป ดังการศึกษาของ Alkinson (1992) และ Nolan & Grant (1993) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกลับบ้านในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีทักษะด้านการดูแลตนเอง การล้างท่อภายใน (Inner tube) การทำแผลรอบท่อ การเคาะปอด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีความรู้ในทักษะอื่นๆ อีกเช่น ต้องดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมด้านการขับถ่าย การดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตและประเมินอาการทางระบบประสาท (สุคติริ หิรัญชุนหะ, 2541) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลและค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ฉะนั้นถ้าผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้เกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ (Synder et al., 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) และ ยุพาพิน ประสารอริคม (2535) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความ

สามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเสริมทักษะ และมีการรับรู้ถึงความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลน้อยกว่า

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจสังคมในผู้ดูแล โดยในด้านร่างกายนั้นพบว่าสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวทรุดโทรมลง มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา น้ำหนักลด (McLean et al., 1991) การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย (Brown, 1991 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) ในผู้ดูแลบางรายจะพบอาการของโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล (นภาพรณี แก้ววรรณ, 2533; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Richard et al (1999) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดยาวนานจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจถึงร้อยละ 63 จากการศึกษาของ MacLennan (1988 cited in McLean et al., 1991) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 25 เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย และร้อยละ 40 ของผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ หงุดหงิด สับสน (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2538) นอกจากนี้ Wade et al (1986) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาหกเดือนและพบอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน มีความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยวเนื่องจากถูกจำกัดจากบุคคลในสังคมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ไม่พึงพอใจ ท้อแท้ และหมดกำลังใจ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538) สำหรับด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้นผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและกรณีผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ให้ครอบครัวต้องหยุดพักรักษาตัวทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (ณัฐไชย ตันติสุข, 2538) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงส่งผลให้รายได้ของครอบครัวน้อยลงยิ่งขึ้น อีกทั้งเวลาส่วนใหญ่จะถูกใช้ไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ดูแลถูกจำกัดอยู่เฉพาะในบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคมต่อการออกไปสังคมกับโลกภายนอกมีผลให้การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดน้อยลง (Robinson Smith & Mohoney, 1995)

จากเหตุผลดังกล่าวการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญเนื่องจากผู้ดูแลที่มีการปรับตัวที่ดีจะมีสุขภาพจิตดีดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีลักษณะยอมรับสภาพตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีวิธีการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีและสนใจผู้อื่น (Andrew & Roy, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ที่พบว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ดีจะมีความรู้สึกมั่นคงยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งสองฝ่าย ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะนำมาซึ่งความรู้สึกสิ้นหวังต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุข

ภาพไม่เหมาะสมเกิดการเจ็บป่วยตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541: 3)

Lazarus & Folkman (1984: 181) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่จากตัวบุคคลเอง จากสังคมรอบข้าง และสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ของสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีหรือตอบสนองความต้องการของตนเองและสังคมอย่างเหมาะสม ความกระทบกระเทือนต่อชีวิตก็หมดไป ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและสบายใจในการดำรงชีวิต ยอมรับสภาพต่างๆ ได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือใช้เกินกำลังไปก็จะปรากฏพฤติกรรมการปรับตัวในทางลบ ดังการศึกษาถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า กลุ่มสมรสต้องการออกจากบ้าน ต้องการเวลาว่าง มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีคนเข้าใจและยังพบอาการต่างๆ มากมาย เช่น ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ ความรู้สึกที่สำคัญและพบได้มากที่สุดคือมีความรู้สึกโดดเดี่ยว (Ekberg & Foxall, 1986: 162) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gale et al (1995: 67-73) ที่ศึกษาผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มสมรสที่ทำการดูแล 7 คู่ พบว่า 5 คู่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว อีก 2 คู่ มีบุตรคอยช่วยเหลือขณะทำการดูแล จึงกล่าวได้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชีวิตทำให้กลุ่มสมรสที่ทำการดูแลมีผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่บ้านมีการปรับตัวได้ดีจากการดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเพียงพอ จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลและมีการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมรู้ว่าควรแสดงบทบาทอย่างไรต่อผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดี (Carol et al., 1991) ฉะนั้นถ้าผู้ดูแลในครอบครัวประเมินสถานการณ์ได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกวิธีการจัดการและดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้ดูแลในครอบครัวก็จะปรับตัวไปในทางที่ดีได้

ดังนั้นการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลต่อการปรับตัว ทั้งนี้การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลดังกล่าวนี้จำเป็นต้องมีองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการปรับตัวที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองว่าคุกคาม สูญเสีย และทำทายน (Oberst, 1991) ซึ่งแต่ละบุคคลจะประเมินแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดรู้ในการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังการศึกษาของ Bakas & Burgener (2002) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุกคามสูงซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล และการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2538) พบว่าการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียสามารถทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่เป็นผู้ดูแลได้ร้อยละ 41 ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียและคุกคามต่างก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ดูแลได้ ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ดูแล แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าทำทายนจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อยลง (Oberst et al., 1989: 209-215; Carey et al., 1991: 1341-1347) ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแลจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการการดูแล เป็นปัจจัยในส่วนของงานที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ โดยประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลแต่ละกิจกรรม (Oberst, 1991) ดังการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จร ไรจง (2540) พบว่าความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกิจกรรมที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากที่สุดและก่อให้เกิดความเครียดตามมา แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในกิจกรรมนั้นน้อยจะส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) พบว่าความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดการปรับตัวของบุคคล และความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัวด้านบวกที่ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการดูแล และในการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2540) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในส่วนของความต้องการการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ดังนั้นความต้องการการดูแลน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยจะมีความเห็นใจ สงสารและห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากโดยจะแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker et al (1990) และ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ที่พบว่า

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งของการปรับตัวและเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการดูแลที่ดีของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2538) พบว่าสัมพันธภาพของภรรยาที่มีต่อสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยน่า จะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้ศึกษากันกว้างขวางและพบว่า เป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล (Norbeck, J.S., 1981) ซึ่งการสนับสนุนนี้บุคคลอาจได้รับมาจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนและเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ในการวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือหรือปฏิบัติสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถทำความเข้าใจให้ความกระจ่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, 2539: 21) นำมาซึ่งการปรับตัวที่ดี และในการศึกษาของ Desrosier et al (1992) ได้ศึกษาแหล่งสนับสนุนของกลุ่มสตรีในผู้ป่วยกระดูกไขสันหลังผิดรูป พบว่าแหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว เพราะถ้าผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆ จะทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดมีการปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Cohen & Will, 1985: 310) ดังการศึกษาของ วนิดา ยืนยง (2537); สายธรรม สถิตวิไลรุ่ง (2540); ก้านจิต ศรีรินทร์ (2541); Northouse (1988) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับในประเทศไทยรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ค่อยชัดเจน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลมักจะมองข้ามผู้ดูแล ทั้งๆ ที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (รุจา ภูไพบูลย์, 2535: 11) ส่วนพยาบาลในคลินิกส่วนใหญ่จะปฏิบัติโดยมุ่งเน้นการสอนญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนประเด็นเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทของผู้ดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระหรือเกิดความเครียดในการดูแลของญาติที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลยังไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการคัดเลือกตัวแปรที่นำมา

ศึกษาจากแนวคิดการปรับตัวของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยตระหนักว่าความรู้และความเข้าใจในปัจจุบันที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะศึกษาจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถาบันประสาทวิทยา เนื่องจากสถาบันประสาทวิทยาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทที่พบว่ามีสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาทำการรักษาเป็นอันดับ 1 จาก 10 อันดับโรคของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2540-ปัจจุบัน โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาทำการรักษา 17,465 ราย/ปี (สถิติสถาบันประสาทวิทยา, 2543) และยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษามาจากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อการสนับสนุนและช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมทำนายนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การที่บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนเองดูแลป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่ผู้ดูแลต้องเผชิญและปรับตัวให้ได้ในการดูแล แต่การที่ผู้ดูแลจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวตามกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัว หมายถึง ผลของกระบวนการในการประเมินตัดสินและผลของการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งกระบวนการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดต้องผ่านกระบวนการความรู้สึนึกคิด ในการตัดสินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด (ทำลาย, คุกคาม, สูญเสียหรืออันตราย) รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ลักษณะของเหตุการณ์สามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด และปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพันของบุคคลต่อเหตุการณ์ ความเชื่อในความสามารถควบคุมเหตุการณ์ สติปัญญาของบุคคล ในส่วนของการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสังคมรอบข้าง ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล ความเชื่อถือในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุนำมาใช้อย่างเต็มที่ การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะไม่มีการตัดสินก่อนว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะต้องขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์นั้นๆ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์

บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้ชีวิตการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์และสามารถปรับตัวได้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านสังคม ขวัญและกำลังใจ ภาวะสุขภาพ

การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ บุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยมีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการ (Demand) กับ แหล่งประโยชน์ (Resources) รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นรวมทั้งรู้จักการจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีต่อตนเอง และควรทราบว่าเมื่อใดควรหยุดความพยายามที่จะบรรลุเป้าประสงค์ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 115) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียด

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญโดยการคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต ดังการศึกษาของ Bakas & Burgener (2002) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพสูงซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ทำการดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณภาพมีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในด้านลบ ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญว่าได้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว ดังการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2538) พบว่าการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียสามารถทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่เป็นผู้ดูแลได้ร้อยละ 41 ซึ่งจากผลการศึกษาปัญหาสุขภาพเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งของการปรับตัว และการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียซึ่งมีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในด้านลบ ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำท่าย เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญว่าการดูแลสามารถดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตน ดังการศึกษาของดังการศึกษาของ Oberst et al (1989: 209-215) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของการ

ดูแล และการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งท้าทาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al (1991: 1341-1347) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งท้าทาย เป็นผลดี หรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม จากผลการศึกษาทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียดในบทบาทน้อยลงและความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วที่ท้าทายน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ความต้องการการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย (Oberst, 1991) จากการศึกษาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาให้การดูแลในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีความบกพร่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ดังการศึกษาของ สวลักษณ์ วงศ์จรโรลงศิล (2540) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่ากิจกรรมที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากที่สุดและก่อให้เกิดความเครียดตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ George & Gwyther (1984: 248-252) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีการรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยมากส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำและมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปรับตัว และความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวทางด้านบวกของบุคคล และในการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2540) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในส่วนของความต้องการในการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ดังนั้นความต้องการการดูแลของผู้ป่วยน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เป็นความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างบุคคลทำให้เกิดความผูกพันโดยจะแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย มีความพึงพอใจในการดูแลซึ่งกันและกัน (Walker & Tompson, 1983) ซึ่งอาจเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความมุมานะพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังความตั้งใจซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกคุกคามลงได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยจะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก โดยจะแสดงออกมาในรูปของความสุข ยินดีและเต็มใจต่อการดูแลบ่งบอกถึงการปรับตัวที่ดี ดังการศึกษาของ Walker et al (1990) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีของบุตรสาวที่มีต่อมารดาผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright (1993) พบว่าภรรยาที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อสามีจะมีความสนิทสนมใกล้ชิด มีความรู้สึกผูกพัน รักและมีความสุขในการดูแล ซึ่ง

จากผลการศึกษาความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งของการปรับตัวและเป็นส่วนเสริมสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้นต่อการดูแล ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเมื่อต้องรับภาระในการดูแลย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ และจะแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือก้าวร้าวรุนแรง (Rabins, 1988: 29-31) ดังนั้นสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียดและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ เพราะการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการแสดงถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจรวมทั้งมีขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Desrosier et al (1992) ได้ศึกษาแหล่งสนับสนุนของคู่สมรสในผู้ป่วยกระดูกไขสันหลังผิดรูป พบว่าแหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว เพราะถ้าผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านการดูแลผู้ป่วย และร่วมมือในการบริหารงานบ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี มีเวลาและโอกาสสละเวลาจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว มีเวลาพักผ่อนนอนหลับทำธุระหรือเข้าสังคมได้ และอาจสามารถทำงานได้ตามปกติ (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร, 2539: 5; Jill & Karl, 1994: 681-690) และการศึกษาของ คาราพรณ อุทัย (2545) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 74 ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

จากตัวแปรทั้งหมดที่ได้เลือกนำมาศึกษาครั้งนี้พบว่าเคยมีผู้วิจัยบางท่านได้ทำการศึกษาโดยแยกตัวแปรเหล่านี้ในการทำนายการปรับตัวในลักษณะของผลลัพธ์ในการปรับตัวด้านบวกและด้านลบเป็นส่วนใหญ่ ดังการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่าการประเมิน สถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียสามารถร่วมกันทำนายความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ที่พบว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมาเร็งได้ร้อยละ 30.7 ในส่วนความต้องการการดูแลมีผู้ที่นำไปศึกษาร่วมกับตัวแปรตัวอื่นๆ ดังการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่าความเครียดจากการดูแล อายุของ ผู้ดูแล ความ

ต้องการการดูแลสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.3 ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เฟิกเดช (2545) พบว่าความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 14.3 และในการศึกษาของ เพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13 ซึ่งความรู้สึว่าการดูแลเป็นภาระเป็นลักษณะของผลลัพธ์จากการปรับตัวทางด้านลบ และในการศึกษาของ คาราพรณ อุทัย (2545) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวีได้ร้อยละ 79 ซึ่งจากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการประเมินสถานการณ์ของการ ดูแลทำทนาย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการ ดูแลว่าคุณภาพสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะ

สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

จากแนวคิดทั้งหมดผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพสัมพันธภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลทำทนาย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่

20-59 ปี ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2547

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำท่าย การประเมิน สถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย สัมพันธภาพ ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปรับตัว หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แสดงออกมา ซึ่งเป็นผลจากการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ ด้าน ภาวะสุขภาพ ดังนี้

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองกระทำเพื่อปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง และบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อ ครอบครัวและสังคมโดยทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการดำรงไว้ซึ่ง ความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆในสังคม

ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีต่อตนเอง พึงพอใจในการกระทำของตนเอง มีความรู้สึกยินดีกับสถานการณ์ ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือเป็นไปได้ในชีวิตและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปรับตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของ ดาราพรหม อุทัย (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล ลักษณะ ของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการปรับตัวดี มาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีการปรับตัวไม่ดี

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพิจารณาตัดสินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ สูญเสีย ทำท่าย ดังนี้

คุกคาม หมายถึง การคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะส่งผลกระทบต่อ
กิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต

สูญเสีย หมายถึง การรับรู้ว่าสถานการณ์ของการดูแลได้ส่งผลกระทบต่อกิจ
กรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว

ทำทนาย หมายถึง การรับรู้ว่าสถานการณ์ของการดูแลสามารถดำรงหรือส่งเสริม
สวัสดิภาพของตน

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลของ Oberst (1991) ที่
แปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนแต่ละหมวดจะแยกคิดจากกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมี
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า สูญเสีย หรือ คุกคาม หรือ ทำทนายมาก คะแนนรวมต่ำ
หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย หรือ คุกคาม หรือ ทำทนายน้อย

สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นความผูกพัน
ระหว่างผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึง
พอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน
ความผูกพันและความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ

ประเมินโดยใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker & Tomson (1983) ซึ่งแปลเป็น
ภาษาไทยโดย เพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) และได้นำมาใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูง
หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแล
ที่มีต่อผู้ป่วยต่ำ

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองรับรู้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้าน
ต่างๆ โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์
ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน

ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง การที่ผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ใกล้ชิด และความไว้วาง
ใจซึ่งกันและกันจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิด
ความรู้สึกว่าตนเองมีคนที่รักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Family Intregation) หมายถึง การที่

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังใจ และกำลังคนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน

ด้านการมีโอกาเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีโอกาเลี้ยงดูหรือรับผิดชอบช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการและเป็นที่พักพิงของบุคคลอื่นๆ ได้

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง เคารพ ชมเชยและเห็นคุณค่าที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแสดงบทบาทในการดูแล อันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว

ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Assistance) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire) ส่วนที่ 2 ของ Brandt & Weinert (1985) ซึ่ง สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้นำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วย และ ดาราพรธณ อุทัย (2545) ได้ดัดแปลงนำมาใช้เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชืเอชไอวี ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ

ความต้องการการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยจากโรค ดังนี้

กิจกรรมการดูแลโดยตรง หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัวและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลระหว่างบุคคล หมายถึง การดูแลด้านอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการ การจัดการกับพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

การดูแลทั่วไป หมายถึง การดูแลในกิจกรรมอื่นๆ เช่น การทำงานบ้าน การทำ

ฐานะนอกบ้าน การบริหารจัดการด้านการเงิน การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ และการวางแผนเพื่อการทำกิจกรรม

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการในการดูแลของ Oberst (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ มาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อย

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอาจเป็นบิดามารดา บุตรธิดา พี่น้อง คู่สมรส หรือญาติ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ถ้ามีหลายคนจะถือเอาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด โดยให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน คัดเลือกโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจและการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง หรือ เส้นเลือดในสมองแตก และมีความพิการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-14 คะแนน ประเมินจากแบบประเมินระดับความพิการตามแนวคิดตามแบบพยากรณ์ผลของกลาสโกว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ว่ามีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย
2. เป็นการชี้แนวทางการวิจัยเพื่อหารูปแบบทางการพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์และหาอำนาจในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 1.1 ลักษณะของผู้ดูแล
 - 1.2 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
2. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 ความหมายของการปรับตัว
 - 2.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว
 - 2.3 ลักษณะการปรับตัวของผู้ดูแล
 - 2.4 การปรับตัวตามแนวคิดของลาซาร์สและโพล์คแมน
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว
 - 2.6 การประเมินการปรับตัว
3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัว
 - 3.1 การประเมินสถานการณ์ของการดูแล
 - 3.2 แบบการประเมินสถานการณ์ของการดูแล
 - 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัว
4. ความต้องการการดูแลกับการปรับตัว
 - 4.1 ความต้องการการดูแล
 - 4.2 การประเมินความต้องการการดูแล
 - 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลกับการปรับตัว

5. สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัว
 - 5.1 สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
 - 5.2 การประเมินสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
 - 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัว

6. การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว
 - 6.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 6.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัว

7. บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

จากความบกพร่องในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายซึ่งเชื่อมโยงมาจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลงหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องการความต่อเนื่อง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537: 1) และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.1 ลักษณะของผู้ดูแล แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal carers / caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวิชาชีพ หรือผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล (Health Care Worker) รวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับจ้างจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal carers หรือ “Carer” หรือ “Caregiver”) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (Ungerson, 1987 อ้างถึงใน

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2546) และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง (Family caregivers) เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

สรุปลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86)

1. ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยอาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง
2. ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค

ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแห่งอาศัย

Horowitz (1985: 201) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแล

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพพิเคราะห์ส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวข้องกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรส โสด หรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลในครอบครัวหนึ่งๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคลก็คือเพศ อายุ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล มากน้อยเพียงใด ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและ

ผู้ป่วย แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ และภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86-87) นอกจากนี้ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2537: 33) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้นแตกต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

1.2 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (Effect of Carers)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลมีค่อนข้างมาก ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมตามมา

1.2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลบางคนอาจทุ่มเทร่างกายและแรงใจดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา ไหล่คอและกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก ประคอง หรือช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ในบางกรณีถึงกับเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแลและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (นภาพรณี แก้วกรรณ, 2533; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; Neunderfes, 1991) ดัง McLean et al (1991) ศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพร่างกายถึงร้อยละ 25

1.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ มักพบปัญหาซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Brocklehurst et al (1990) รายงานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลให้เข้ากับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ตอบสนองในลักษณะหงุดหงิด สับสน นอกจากนี้ผู้ดูแลเหล่านี้ยังมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความวิตกกังวล มีความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ความเครียดยังอาจเกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หรืออาจไม่สามารถจัดการต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดอารมณ์เบื่อบ่น ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ไม่มีใครเข้าใจตนเอง อ้างว้างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลบางคนต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อนบ้าง หรืออาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมาดังนั้นปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเหล่านี้ ควรได้รับความสนใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้กลายเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เรื้อรังตามมา

1.2.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล

แลร์กษา (รุจา ภูโพนบูลย์, 2535) อีกรั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวต้องหยุดพักรักษาตัว นอกจากนี้การดูแลมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่นอาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียดสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ผู้ดูแลบางรายอาจเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2546)

โดยสรุปการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลนั้น จะเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามานอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลกระทำอยู่ ซึ่งบทบาทใหม่นี้เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกระทันหันไม่ได้เตรียมการมาก่อน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลต่างๆ มากมาย จึงทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์การดูแลต่างๆ ก่อนข้างมาก ซึ่งลักษณะการปรับตัวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมีทั้งการปรับตัวที่ดีและการปรับตัวที่ไม่ดี

2. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความหมายของการปรับตัว

ธรรมชาติมนุษย์ทุกคนพยายามที่จะรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตสังคมด้วยการปรับตัว ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้

Mishel (1988: 231) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง พฤติกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นผลมาจากการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะที่อันตรายหรือโอกาส ส่งผลให้เกิดการปรับตัวสภาวะปกติหรือคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล ที่ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต หรือภาวะสุขภาพ ซึ่งได้แนวคิดมาจากทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)

Selye (1976 cited in Lazarus & Folkman, 1984: 206-210) ได้กล่าวถึงการปรับตัวว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกลไกทางด้านสรีรวิทยาในการป้องกันตนเองจากการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากเกินไป ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี หรือก่อให้เกิดโรคได้หากการปรับตัวนั้นไม่อยู่ในภาวะสมดุล

Roy (1999 cited in Roy 2002: 297-7, 305) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดและความรู้สึกของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ในการรับรู้และเลือกวิธีตอบสนองการปรับตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคง

สภาพสมดุลของบุคคล การปรับตัวตามแนวคิดของรอยน์ ประกอบด้วยการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

Lazarus & Folkman (1984: 181-225) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตัดสินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ซึ่งผลของการปรับตัวประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจหรือความพึงพอใจในชีวิต และด้านภาวะสุขภาพ

ดังนั้น การปรับตัว หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แสดงออกมา ซึ่งเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ ด้านภาวะสุขภาพ

2.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว

การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน นักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการจำเป็น (need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม กระบวนการปรับหรือเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 มิติดังนี้ ดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันแรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการ (นิภา นิชยาชน, 2530)

2.2.1 แรงผลักดันภายนอก หรือ ข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อม และแรงผลักดันที่เป็นข้อเรียกร้องของสังคมหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน

2.2.2 แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีต หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเรียกอีกนัยหนึ่งว่า “เหตุจูงใจทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการจะมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ และการเป็นที่ยกย่องนับถือ

2.3 ลักษณะการปรับของผู้ดูแล

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลถือว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคลจึงมีกระบวนการตอบสนองต่อบทบาทและผลลัพธ์การปรับตัวจากการดูแลที่แตกต่างกัน จากรายงานบททวนวรรณกรรมของ Horowitz (1985: 207-211) และ Given & Given (1991: 83-87) และ Walker et al (1995: 404-408) พบว่าประสบการณ์การตอบสนองและผลลัพธ์การดูแลมีทั้งด้านบวก (ปรับตัวดี) และด้านลบ (ปรับตัวไม่ดี) ดังนี้

2.3.1 การปรับตัวที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของญาติผู้ดูแลได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต เพิ่มเครือข่ายทางสังคม รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

2.3.2 การปรับตัวไม่ดี เกิดสืบเนื่องมาจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำวันเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทาน การออกกำลังกาย รวมทั้งกิจกรรมทางสังคม รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัวเนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลที่เคยมีนั้นต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อนฝูงในสังคม เนื่องจากต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่ย่ำแย่ ไม่มีเวลาพักผ่อน ก่อให้เกิดความกดดันสะสม (caregiver strain) ในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รวมถึงระบบครอบครัว เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท (caregiver role stress) รู้สึกเหนื่อยล้า (caregiver burnout) เป็นภาระ (caregiver burden) สุขภาพทรุดโทรมจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง มีความสนใจในการดูแลตนเองลดลง ถ้าพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบและบทบาทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจะเห็นว่ามีความโน้มที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจถดถอยลงตามลำดับ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการปรับตัว 2 ลักษณะได้แก่ การปรับตัวได้ คือ ผู้ดูแลจะพยายามเรียนรู้การอยู่กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองให้เป็นปกติสุขมากที่สุด และการปรับตัวไม่ดี ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งจะไม่เกิดผลดีต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัวเองและยังมีส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้

2.4 การปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน

จากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัวหมายถึงผลของกระบวนการในการประเมินตัดสินและผลของการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งกระบวนการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด ในการตัดสินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด (ทำท่าย, คุกคาม, สูญเสียหรืออันตราย) รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัว ในส่วนของการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่ง

ความพยายามนี้จะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสังคมรอบข้าง ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล ความเชื่อถือในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ นำมาใช้อย่างเต็มที่ การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะไม่มี การตัดสินใจก่อนว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะต้องขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์นั้นๆ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์และสามารถปรับตัวได้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

1. การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social Functioning) เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคมโดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวไม่แน่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมสำเร็จ

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลระยะสั้น โดยที่อารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ในชีวิต หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์โดยที่ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานภาพทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือเป็นไปได้ในชีวิต

3. ภาวะสุขภาพ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียดซึ่ง Selye (1976 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 114) ซึ่งให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆ ในภาวะเครียดซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้นซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ

โดยที่การปรับตัวทั้ง 3 ด้าน นี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การมีการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งได้ดีไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นมีการปรับตัวโดยรวมดี จึงพิจารณาโดยรวมทุกด้าน (Lazarus & Folkman, 1984: 225) การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ บุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยมีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการ (Demand) กับ แหล่งประโยชน์

(Resources) รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นรวมทั้งรู้จักการจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีต่อตนเอง และควรทราบว่าเมื่อใดควรหยุดความพยายามที่จะบรรลุเป้าประสงค์ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 115)

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factor) แบ่งออกเป็น

1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอนบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือ ทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factor)

2.1 ข้อผูกพัน (Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทนาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

2.3 สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมินผู้ที่มีสติปัญญาคือสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3. การเผชิญกับความเครียด (Coping)

3.1 การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

3.2 การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก เพื่อให้ไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (Coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ

4.1 ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี ทิพละกำลัง จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี

4.2 ความเชื่อถือในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

4.3 ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

4.4 ทักษะทางด้านสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

4.5 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิดมีคนที่เขารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ

4.6 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

2.6 การประเมินการปรับตัว

การปรับตัวในแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นการปรับตัวที่แสดงออกในหลายด้านซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีนักวิชาการได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

เดอโรเกติส (1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมิน เรียกว่า แบบสอบถามการปรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ โดยประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพ

ทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

การหาความเที่ยงได้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมได้เท่ากับ .83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .33-.82 การตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์นั้นมอโรและคณะนำคะแนนที่ได้ของแต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมืออื่นๆ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดความพึงพอใจ $r=.47$ ($p<.05$) และความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลรักษา $r=.47$ ($p<.001$) นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วย

สุณี สุพรรณพสุ (2544) ได้สร้างแบบสอบถามการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและโพล์คแมน (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และขวัญและกำลังใจ คัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติสและคณะ และการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพคัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษา ในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของ Meenan (The Arthritis Impact Measurement Scale, 1982) ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 33 ข้อ มีค่า CVI = .82 การตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ การปรับตัวโดยรวม .91 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม .85 ด้านขวัญและกำลังใจ .87 และด้านภาวะสุขภาพ .76

ดาราพรรณ อุทัย (2545) ได้พัฒนาแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยยึดหลักแนวคิดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 181-225) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ ภาวะสุขภาพ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแยกเป็นด้านละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบ่งเป็นคำถามด้านบวก 17 ข้อ และคำถามด้านลบ 13 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่า CVI ของการปรับตัว = .84 และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการปรับตัว = .85 และเมื่อนำไปใช้ในงานวิจัยจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 ราย พบว่าได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการปรับตัว = .90

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการปรับตัวของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการปรับตัวของลาซารัสและโพล์คแมนและนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 - .90 แต่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงในส่วนของข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัว

3.1 การประเมินสถานการณ์ของการดูแล

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงกดดันของการเกิดความเครียดเดียวกัน บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่างกัน เช่น บางคนแสดงออกด้วยการโกรธ บางคนซึมเศร้า บางคนวิตกกังวล บางคนเพิกเฉย เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้ เกิดจากการที่บุคคลมีความไว มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์แต่ละชนิด และการตีความของเหตุการณ์แตกต่างกันไป ซึ่งกระบวนการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ในการตัดสินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด(ทำทนาย, คุกคาม, สูญเสียหรืออันตราย) รุนแรงมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากแต่ละส่วนเป็นดัชนีบ่งชี้สวัสดิภาพ และความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลต่างกัน ดังนั้นการทำความเข้าใจในความแตกต่างกันระหว่างบุคคลภายใต้สถานการณ์หนึ่งๆ จำเป็นต้องคำนึงถึง การประเมินสถานการณ์ การมีปฏิกิริยาตอบสนอง และองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์นั้นๆ

เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ Lazarus & Folkman (1984: 181-225) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านบุคคลที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความผูกพัน (Commitment) และความเชื่อโดยที่ ความผูกพัน หมายถึง สิ่งที่มีความหมาย และมีความสำคัญกับบุคคลซึ่งมีอิทธิพลในการพิจารณาตัดสิน ความเกี่ยวข้องของสถานการณ์ต่อสวัสดิภาพของตน ชี้นำให้บุคคลกล้าเผชิญหรือผลหนีจากสถานการณ์ที่คุกคาม อันตราย หรือ มีผลดี เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงในการเกิดความเครียดและการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม อันตราย หรือมีผลดี ถ้าความผูกพันมีมาก บุคคลมีแนวโน้มจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามหรือทำทนายได้มาก นอกจากนี้ความผูกพันอาจเป็นแรงขับให้บุคคล มีความมุมานะพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ดังกล่าว ความตั้งใจ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกรู้สึกคุกคามลงได้

ในส่วนของความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย 1) การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ไปให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการได้ (General belief about control) ความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ที่คลุมเคลือ และสถานการณ์ใหม่มากที่สุด 2) การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Situation control appraisal) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลประเมินความต้องการของสิ่งแวดล้อมแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับความเครียดแล้ว 3) การมีความเชื่อในสิ่งที่เป็นอยู่ (Existential belief) ได้แก่ ความเชื่อในหลักการของศาสนา โชคชะตา หรืออื่นๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลสร้างความหมายให้กับชีวิต และดำรงไว้ซึ่งการมีความหวังในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ ได้แก่ 1) สถานการณ์ใหม่ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ได้ต่อเมื่อมีการเชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์เดิม 2) ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ เป็นภาวะที่ข้อมูลซึ่งจำเป็นต่อการประเมินสถานการณ์ไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้แน่ชัดว่า อะไรจะเกิดขึ้นและสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร 3) องค์ประกอบด้านเวลา เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ใกล้ขีด (Imminence) โดยทั่วไปเหตุการณ์ใกล้เกิดมากเท่าไร ความเร่งด่วนในการประเมินสถานการณ์จะมากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะสถานการณ์ที่สื่อเค้าว่าจะอันตราย หรือมีโอกาสที่จะควบคุมได้ ถ้าไม่มีการสื่อเค้าดังกล่าวเหตุการณ์ใกล้เกิดจะไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ แต่ถ้าเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์มีมาก การประเมินสถานการณ์จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นการลดความรู้สึกคุกคามลงได้ เนื่องจากมีเวลาในการพิจารณาตัดสินใจสถานการณ์ การประเมินซ้ำ และบริหารจัดการกับความเครียด

องค์ประกอบด้านบุคคลและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 2 ด้านควบคู่กันไปใน การทำความเข้าใจการประเมินสถานการณ์ของบุคคล

3.2 แบบการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

เครื่องมือสำหรับประเมินสถานการณ์การดูแล มีการประเมินโดยส่วนใหญ่เป็นแนวคิดของ Oberst (1991) เพื่อใช้ประเมินสถานการณ์ของการดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อคำถามจะประเมินเกี่ยวกับ งานและความรับผิดชอบในฐานะผู้ดูแล สัมพันธภาพและการสนับสนุนของบุคคล แบบแผนชีวิต สุขภาพกายและจิต ผลกระทบต่างๆ ไป ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ คุกคาม สูญเสีย และทำทนาย ลักษณะข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแบบวัดชนิดนี้โอเบิร์ตได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 ราย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชนิดนี้กับปัจจัยด้านผู้ดูแลและตามโครงสร้างของทฤษฎี ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแล การพึ่งพาของผู้ป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พบว่าทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานทางทฤษฎี ท้ายสุดเป็นการประเมินอิทธิพลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลต่อความผันแปรทางอารมณ์ พบว่าการประเมินว่าคุกคามและสูญเสียมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผันแปรทางอารมณ์ ($r = -.13, p < .05$)

การวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบได้แก่ คุกคาม สูญเสีย และทำทนาย สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43.8 การหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของการประเมินว่าคุกคาม = 0.90 สูญเสีย = 0.73 และทำทนาย = 0.74

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้นำแบบสอบถามชนิดนี้แปลเป็นภาษาไทยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการเรื่องความเครียดจำนวน 4 ท่าน เกณฑ์

ในการพิจารณาแต่ละข้อคำถามต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ปรากฏว่าผู้ชำนาญการทั้งหมดเห็นด้วยกับข้อคำถามในแบบวัดและเสนอแนะปรับภาษาที่ใช้เป็นบางข้อคำถามเพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยได้เปลี่ยนคำดัชนีชี้วัดสวัสดิกภาพของความเครียดดังนี้
 สูญเสีย=ความเครียด , ทำทนาย=ผลดี , คุณคามใช้คำเหมือนเดิม หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมอและไขสันหลัง ได้รับบาดเจ็บ พาร์กินสัน จำนวน 104 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ของการประเมินว่าคุณคาม = 0.90 ความเครียด = 0.82 มีผลดี = 0.68 ร่วมกับการทดสอบความคงที่ของแบบวัดด้วยการทดสอบซ้ำ ระยะเวลาห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ = 0.88 ($p < .001$)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลของสายพิณเกษมกิจวัฒนา (2536) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและมีค่าความเชื่อมั่นการประเมินว่าคุณคาม = .90 สูญเสีย = 0.82 ทำทนาย = 0.68 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงในส่วนข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปรับคำในดัชนีชี้วัดสวัสดิกภาพให้เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัว

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาการประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับการปรับตัวของผู้ดูแลโดยตรง แต่จะมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหรือความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังการศึกษาของ Oberst et al (1989: 209-215) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของการดูแล และการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งทำทนายมากกว่าเป็นภาวะอันตรายหรือสูญเสีย หรือคุณคาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al (1991: 1341-1347) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล และภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งทำทนาย เป็นผลดี หรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุณคาม แต่จากงานวิจัยของ Kammer (1994: 89-98) ทำการศึกษาถึงการประเมินความเครียด และการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประเมินตัดสินใจสูญเสีย รองลงมาคือเป็นภาวะคุณคาม

ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจทำการศึกษาซึ่งมีความสอดคล้องเช่นเดียวกันดังนี้ สายพิณเกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลจำนวน 104 ราย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตุลยาทร (2538)

ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 100 ราย และสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคนอื่นๆ (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 ราย จากการศึกษาทั้ง 3 เรื่องได้ใช้แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล (Caregiving Appraisal Scale) ของโอเบิร์ต ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ร่องลงมากคือความ ซึ่งจากผลการศึกษาการประเมินสถานการณ์ด้านลบจะมีผลทำให้เกิดความเครียดในบทบาทและเกิดปัญหาการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลตามมา

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่าในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ผู้ดูแลในครอบครัวจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลมีความแตกต่างกันออกไปซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลมากโอกาสที่ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียและทุกข์ทรมาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้ดูแล แต่ถ้าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยน้อยผู้ดูแลอาจจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลไปในทางบวก ในส่วนของผู้ดูแลในครอบครัวที่ประเมินสถานการณ์ว่าสูญเสียและทุกข์ทรมานนั้นจึงต้องพยายามจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในหรือภายนอกตัวบุคคลนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัวไปในทางที่ดีและนำมาซึ่งความผาสุกในครอบครัวหรือคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

4. ความต้องการการดูแลกับการปรับตัว

4.1 ความต้องการการดูแล

การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งเป็นการกระทำที่มีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอนและมีประสิทธิภาพจะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์ เกิดพัฒนาการและเกิดความผาสุกแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537: 143) แต่ถ้าหากผู้ดูแลไม่สามารถใช้เวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อปรับตัวของผู้ดูแลได้

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiving demands) หรือภาระงานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยมีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ

1. ข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ก็ตาม

2. ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น ญาติผู้ให้การดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าวนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องกระทำให้กับผู้ป่วย (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996: 87-88)

1. การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจเช่น จะต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. ผู้ดูแลที่บ้านทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

4. ผู้ดูแลที่บ้านบางคนอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินอีกด้วย

Oberst (1989) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามาเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Caregiving Burden Scale) ซึ่งจะสอบถามความเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยใน 2 ประเด็นคือ

1. ความต้องการในการดูแล หมายถึง กิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นที่ต้องกระทำมากน้อยเพียงใด หรือต้องใช้เวลาในการกระทำมากน้อยเพียงใด
2. ความยากลำบากในการดูแล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความยากลำบากในการกระทำหรือรบกวนจากการกระทำกิจกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด

ในปี 1991 Oberst ได้รายงานว่าการสอบถามทั้ง 2 ส่วน นี้มีความสัมพันธ์กันสูง จึงเสนอแนะให้แยกใช้เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งได้ และได้ให้ความหมายของความต้อการในการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย โดยจะระบุถึงการทำท่ามีความมากน้อยเพียงใด ดังมีรายละเอียดในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ

2. การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) ได้แก่ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

3. การกระทำกิจกรรมต่างๆไป (Instrumental care) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ การวางแผนเพื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ

นอกจากผู้ดูแลจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวแล้วยังต้องดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในครอบครัวและส่วนตัวที่มีอยู่เดิมโดยไม่อาจจะทิ้งไปได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความต้องการในการดูแลหรือภาระงาน การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลก่อให้เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 การประเมินความต้องการการดูแล

Oberst et al (1989) ได้สร้างแบบสอบถามความต้องการในการดูแลซึ่งใช้ประเมินความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน แบบประเมินความต้องการในการดูแลนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden Scale) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล จากการทดสอบแบบวัดชุดนี้ Oberst et al (1991) รายงานว่าทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันสูง จึงเสนอแนะว่าควรแยกใช้เพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง และลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) จากการวัดสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 240 ราย จำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป นำหน้ากรายชื่อของแต่ละองค์ประกอบ (loading) มีค่าประมาณกว่า .49 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ .56 , .64 และ .50 ตามลำดับทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57 การหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ .88 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแต่ละองค์ประกอบย่อยได้ค่าดังนี้ การดูแลโดยตรงเท่ากับ .78 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .71 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ .83

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้แปลแบบสอบถามชุดนี้เป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 4 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการได้แนะนำในการปรับปรุงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วนเพื่อให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมไทย จากนั้นนำไปใช้

ในกลุ่มภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .77 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแต่ละองค์ประกอบย่อยได้แก่ การดูแลโดยตรงเท่ากับ .69 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .72 การดูแลทั่วไปเท่ากับ .71 การหาค่าความคงที่ของแบบวัดชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำระยะห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .68 ($p < .001$)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความต้องการในการดูแลของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เนื่องจากแบบสอบถามได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและมีค่าความเชื่อมั่น = .77 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลกับการปรับตัว

ความต้องการการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาในส่วนของดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล การดูแลทั่วไป และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่มีผู้ใดศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลกับการปรับตัวของผู้ดูแลโดยตรง แต่จะเป็นการศึกษาความต้องการการดูแลกับความเครียดหรือความพึงพอใจในการดูแล ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปรับตัว และความพึงพอใจในการดูแลเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัวด้านบวกจึงน่าจะเป็นประเด็นที่แทนกันได้ ดังการศึกษาของ Wallhagen (1992: 111) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลกับความเครียดในสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 60 ราย พบว่า ความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheehan & Nuttal (1988: 92) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการดูแลกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย และการศึกษาของ Oberst et al (1989: 209-215) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลซึ่งวัดจากปริมาณเวลาหรือพลังงานที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลให้กับผู้ป่วยมะเร็งและการประเมินความเครียดของผู้ดูแลจากสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นคู่สมรสหรือบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลใช้เวลามากที่สุดในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และภาระงานในบ้าน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดจากงานวิจัยจึงสรุปได้ว่าความต้องการในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดที่รับรู้ว่าเป็นอันตรายและสูญเสีย

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีผู้ศึกษาดังนี้ Grant (1996 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านคือการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จากการมีอัมพาตครึ่งซีกและการสูญเสียด้านความคิดและ

ความจำร่วมด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกอย่างเดียว ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความคิดและความจำร่วมด้วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการช่วยเหลือและจัดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย และการให้อาหารผู้ป่วย เป็นต้น และการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2538: 76-87) และ Kramer (1993: 367-375, 383-389) พบว่าถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปัญหาทั้งทางร่างกายและสติปัญญามากจะนำมาซึ่งการรับรู้ของผู้ดูแลว่าต้องใช้เวลาในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ มาก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดและ Depression มากแก่ผู้ดูแล และยังส่งผลทำให้ความพึงพอใจในการดูแลน้อยลงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเสื่อมลง และการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจนกิจ (2542) ได้ทำการศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่ากิจกรรมที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วยเป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดจากการต้องใช้เวลาในการดูแลกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย แต่ในส่วนการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2542) ได้ทำการศึกษาความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่าความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเฉลี่ย = 13-15 กิจกรรม และกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือการให้กำลังใจและการปลอบโยนเป็นเพื่อนผู้สูงอายุและความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 3.3 ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีระดับความพิการน้อยจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดลดลง ดังการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการในการดูแลกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าความต้องการในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวด้านบวก

จากผลการศึกษาบ่งบอกได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นความสามารถในการที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะทราบและสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ให้การดูแล หากความสามารถในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ได้รับการพัฒนา หรือไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยได้ อาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและมีความยากลำบากมาก จึงทำให้ผู้ดูแลต้องดึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จึงจะประเมินได้ว่ามีความเครียดเกิดขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ดูแลทั้งทางด้านภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ฉะนั้นความต้องการการดูแลน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

5. สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัว

5.1 สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

ระบบครอบครัวนับเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึงพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวจะปรากฏในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการชีวิต การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมากขึ้นและต้องใช้เวลานานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของครอบครัว การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยในการพัฒนาและก่อให้เกิดความพึงพอใจขึ้นในครอบครัว (Gilliss et al., 1989: 175-176) โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้นบทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงภายในครอบครัวใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คนหรือมากกว่านี้แต่สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบโครงสร้าง บทบาทและกระบวนการดูแล (Keith, 1995: 19-79-180)

Friedman (1986: 163) ได้กล่าวถึงชนิดของสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หรือสัมพันธภาพของคู่อื่นๆ ในครอบครัว ดังนี้

1. สัมพันธภาพที่เสริมกัน (Complementary Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมที่ตรงข้ามกัน บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกัน สัมพันธภาพชนิดนี้จะเกิดผลในทางบวกเมื่อบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกบุคคลเป็นผู้รับ แต่มีข้อเสียคืออาจทำให้เพิ่มความเคร่งครัด มีระเบียบ และความเข้มงวดมากซึ่งจะขัดขวางพัฒนาการของบุคคลทั้งคู่ ดังนั้นบุคคลทั้งสองจะต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสม ถ้าหากบุคคลหนึ่งไม่ยอมรับการกระทำของอีกบุคคลจะทำให้สัมพันธภาพนั้นจบลงได้

2. สัมพันธภาพที่สมดุลกัน (Symmetrical Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดความสมดุลระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารและพฤติกรรม และร่วมกันในการตัดสินใจ สัมพันธภาพชนิดนี้ก่อให้เกิดการยอมรับนับถือกัน เกิดอิสระในการคิดตัดสินใจ แต่อาจเกิดการแข่งขันเกิดข้อขัดแย้งขึ้นได้ บุคคลทั้งสองต้องพยายามเพิ่มความใกล้ชิดและความรักให้แก่กันและกัน

3. สัมพันธภาพที่ขนานกัน (Parallel Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่ผสมผสานสัมพันธภาพทั้งสองชนิดข้างต้นเข้าด้วยกัน เป็นสัมพันธภาพที่มีความยืดหยุ่น ปล่อยให้เข้ากับ สถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

สัมพันธภาพที่สมบูรณ์จะมีการพัฒนาจากสัมพันธภาพที่ 1 สู่ชนิดที่ 2 และ 3 โดยทั่วไปเรามองว่าสัมพันธภาพคือความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การติดต่อพบปะกัน

Phillips & Rempusheski (1986: 62-84) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลของสมาชิกในครอบครัวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลว่าประกอบด้วย 4 ระยะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล (Defining the situation) เป็นระยะที่ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแลและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดี แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ต้องการดูแลในปัจจุบันน้อยกว่าในอดีต แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดี แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแลในอดีตและปัจจุบันไม่เปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้น

2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล (Cognitive processes) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแล เป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ต้องการการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำการดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น

3. การปฏิบัติการดูแล (Express processes) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดี แต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดี

4. การประเมินผล (Evaluation processes) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนกลไกการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

Walker & Tompson (198 : 843 อ้างถึงใน เพียงใจ ตรีไพบวงศ์, 2540) กล่าวว่า ความใกล้ชิดสนิทสนมก็คือสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และมองว่าสัมพันธภาพมีความซับซ้อนประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกที่สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือและยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่างๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน และความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธภาพ จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพกับความใกล้ชิดสนิทสนมมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

5.2 การประเมินสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

Walker & Tompson (1983: 844) ได้สร้างแบบสอบถามความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy Scale) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ซึ่งกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพมีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 6 ระดับ นอกจากนี้มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อเป็นคำถามที่ให้ผู้ดูแลตอบได้อย่างอิสระเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อนและขณะที่ผู้ดูแลรับบทบาทการดูแล คำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายและวิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมมาจากแบบวัดความสัมพันธระหว่างคู่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความรักใคร่ผูกพัน การเปิดเผย ความตึงเครียด และความกังวล ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า มีองค์ประกอบตามที่กำหนดไว้ นำหน้ากรายชื่อขององค์ประกอบ (loading) เฉพาะส่วนของความใกล้ชิดสนิทสนมมีค่ามากกว่า 0.50 และเมื่อนำแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมมาตรวจสอบในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยกลางคนจำนวน 132 คู่ และกลุ่มบุตรสาววัยกลางคนกับมารดาสูงอายุจำนวน 107 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟาระหว่าง 0.91-0.97

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ได้นำเครื่องมือแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker & Tompson (1983: 844) มาแปลและนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำเรียบร้อยแล้ว ได้นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.90 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.91

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยของเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีค่าความเชื่อมั่น = .90 - .91 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและปรับมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวกในการวิเคราะห์คำตอบและปรับภาษาและข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้มีความชัดเจนกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัว

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบการดูแลและคุณภาพการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยกับการปรับตัวโดยตรง แต่จะพบการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทหรือความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในด้านบวกและด้านลบ ดังการศึกษาของ Walker et al (1990b) ถึงการรับรู้สัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงกับความพึงพอใจของผู้ดูแล ในกลุ่มบุตรสาวที่ดูแลมารดาสูงอายุจำนวน 133 ราย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดากับผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ไม่เปลี่ยนแปลง มีความพึงพอใจในการดูแล มีความสุขในการดูแล รู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่น่าสนใจ การดูแลเป็นรางวัลที่ดี การดูแลนำสิ่งที่ดีมาสู่ตน และการดูแลเป็นเรื่องง่าย มากกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับมารดาไม่ดี จากการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับมารดาในทางลบก่อให้เกิดผลกระทบทางอารมณ์ในด้านลบเป็นผลให้เกิดภาวะการดูแลขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการดูแลในลักษณะของบุตรสาวกับมารดา และชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลที่ดี ส่งผลให้คุณภาพการดูแลที่ดี มีความพึงพอใจในการดูแล ในขณะที่เดียวกันถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีจะก่อให้เกิดภาวะการดูแลขึ้นและส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดการปรับตัวไปในทางที่ไม่ดี ส่วนในการศึกษาถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของ Kramer (1993a) ในกลุ่มภรรยาที่ดูแลสามีป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์จำนวน 72 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วยในทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและความพึงพอใจในการดูแล และการศึกษาของ Kramer (1993b) ในภรรยาผู้ดูแลสามีป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 72 ราย โดยศึกษาถึงการเผชิญปัญหาพบว่าภรรยาผู้ดูแลที่เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธภาพทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดูแล ขณะเดียวกันภรรยาผู้ดูแลที่เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธภาพทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Picot (1991: 161) ที่ศึกษาในกลุ่มหญิงผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 83 ราย เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลพบว่าความต้องการการดูแลร่วมกันทำนายนการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้ร้อยละ 17 และจากการศึกษาของ Job (1991 อ้างถึงใน เพียงใจ ดิเรปวงษ์, 2540) ในกลุ่มคู่สมรสที่สูงอายุจำนวน 76 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการรับรู้ภาวะเครียดเป็นผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีผลต่อการรับรู้ภาวะเครียดของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลก็คือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแล

เมื่อพิจารณาการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ดังเช่นการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา

(2536) ที่ศึกษาความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงในทางลบและความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวก กับการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ประอรนุช ตุลยาทร (2538) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 100 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าทำทนาย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่าสูญเสีย ความเชื่อมโยงในการรู้คิดของสามี ซึ่งให้เห็นว่าความเชื่อมโยงในการรู้คิดของผู้ป่วยส่งผลต่อพฤติกรรมและสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแม้ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับการปรับตัวในประเทศไทยก็ตาม แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ เกิดความเชื่อ พฤติกรรมการดูแล และประเมินสถานการณ์ว่าเป็นผลดีหรือทำทนาย เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีจะก่อให้เกิดความเชื่อ พฤติกรรมการดูแล และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียดและลูกความ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึว่าการดูแลเป็นภาระ จึงสรุปได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงความพึงพอใจในการดูแลและส่งผลทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือบทบาทการดูแลได้นานรวมไปถึงคุณภาพในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

6.1 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ด้วยเหตุผลที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ (Cohen & Syme, 1985 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง, 2540) จึงมีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายดังนี้

Weiss (1974: 17-26) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ

Cobb (1976: 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเข้าใจว่า มีคนรัก คนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน การมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

Kahn (1979) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนทางความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณพอใจกับการที่มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม และรับรู้หรือรู้สึกว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ ความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในสังคม

6.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย Norbeck (1982) กล่าวว่า เมื่อคนเรามีปัญหาเกิดขึ้นจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากคนในเครือข่ายของแต่ละคน และเมื่อพิจารณาให้ละเอียดลงไปแล้วจะพบว่าคนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนได้นั้นจะเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม

Kaplan (1974: 4-7) กล่าวว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือกลุ่มคนที่ให้ข้อมูลป้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อทำให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริงและให้การช่วยเหลือ ให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งแคปแลนได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

1.2 ครอบครัวใกล้ชิด (Kintth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาร่วมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม องค์กร ซึ่งไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มช่วยเหลือวิชาชีพ องค์กรลักษณะนี้ ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ ตลอดจนองค์กรบางลักษณะที่มาร่วมตัวกันตามประเพณีแบบแผนการดำรงชีวิตบางลักษณะของแต่ละชุมชน องค์กรและสมาคมเหล่านี้อาจดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นแบบอาสาสมัคร หรืออาจมีการช่วยเหลือที่ให้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก โดยมากความสัมพันธ์ที่บุคคลได้รับจากองค์กรลักษณะนี้ จะนำไปในรูปแบบของการระคับระคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลเกิดปัญหา เกิดความยุ่งยาก เกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านกับกลุ่มทุติยภูมิซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมสองลักษณะ คือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) เป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะพึงพอใจและต้องการแหล่งสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการมากกว่าเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระบบมีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ (Phillips, 1991 อ้างถึงใน คาราพรณ อุทัย, 2545)

นอกจากนี้ครอบครัวจัดเป็นสถาบันทางสังคมระดับแรกและเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวทุกวัยเพราะหน้าที่สำคัญของครอบครัวนอกจากการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพื่อให้บุตรได้พัฒนาเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยังมีหน้าที่ให้ความรักและความอบอุ่น ครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรักต่อกันได้เสมอหากเกิดอุปสรรคหรือผิดหวังครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจให้สามารถจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ (วิวัฒน์ ศรีนพคุณ, 2525 อ้างถึงใน อุไร ขลุ่ยนาค, 2540) จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวดังนี้ ครอบครัว หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยาและบุตร เป็นต้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525, 2530) ครอบครัวเป็นระบบของการดำเนินชีวิตที่มีองค์ประกอบของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอยู่ร่วมกัน โดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม พักอาศัยอยู่ร่วมกัน นอกจากกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันดังกล่าวมาแล้วข้างต้นอาจมีบุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์ด้วยเงื่อนงำดังกล่าวที่อาศัยอยู่ร่วมด้วย ก็จะถูกนับว่าเป็นสมาชิกครอบครัวด้วยก็ได้ เช่น คนรับใช้ คนมาของอาศัยและบุคคลดังกล่าวมีความผูกพันกันทางอารมณ์มีการแบ่งปันการเงินและการใช้เวลาซึ่งกันและกัน ในการติดต่อประสานกันของสังคม ก่อให้เกิดวัฒนธรรมของครอบครัวประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยายและมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มภายนอก เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและชุมชน (ภัสสร ลิ้มมานนท์ และคณะ, 2538)

จากความหมายและความสำคัญของครอบครัว จะเห็นว่าครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996 อ้างถึงใน ศิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) มีรายงานการศึกษาในด้านสุขภาพและสาขาวิชาชีพอื่นๆ ว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน (Dunkel-Schetter, 1984 อ้างถึงใน ศิริสุดา ชาวคำเขต, 2541)

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวโดยดัดแปลงใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลจะได้รับครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลจะให้แก่บุคคลอื่น ได้แก่ การมีโอกาสให้ความช่วยเหลือผู้อื่น จากแนวคิดสรุปได้ดังนี้การสนับสนุนจากครอบครัวหมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าพึงพอใจกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในครอบครัว และรับรู้หรือรู้สึกว่าการเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ 5 ด้าน

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ใกล้ชิด และความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย
2. ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ทำให้เกิดการแบ่งปันและเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด คำสั่งใจ และกำลังคนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน
3. ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือรับผิชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ที่ต้องการและเป็นที่พักพิงของบุคคลอื่น
4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง เคารพ ชมเชยและเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว
5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งการนำเครื่องมือแต่ละเครื่องมือมาใช้ต้องมีแนวคิดทฤษฎีเป็นแนวทาง ผู้วิจัยสามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ด้วยเครื่องมือหลายแบบ แล้วแต่ว่าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของท่านใดเป็นแนวทาง เช่น

1. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb ซึ่งสร้างโดย Caplan (1979)
2. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ซึ่งสร้างโดย Norbeck (1988)
3. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss ที่เรียกว่าแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล The Personal Resource Questionnaire ซึ่งสร้าง Brandt and Winert (1981)
4. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Thoists

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของแบรนต์และไวเนอร์ท โดยจะสอบถามถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจของบุคคล

ซึ่งใช้แนวคิดของไวส์รวบรวมประเด็นหลักของการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครบถ้วน แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (The Personal Resource Questionnaire Part I) เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือเป็นแหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือนั้น

2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part 2) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดแล้ว พบว่าเนื้อหาส่วนใหญ่มีความซ้ำซ้อนกัน จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่ 2 เท่านั้น เนื่องจากเป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคมได้หลายมิติ และเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม โดยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนท์และไวเนอร์ท์นั้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว โดยการทดสอบความตรงตามการทำนาย ความตรงตามความพึง และความตรงเชิงโครงสร้าง

การทดสอบความตรงตามการทำนาย แบรนท์และไวเนอร์ท์ (1981) ใช้เครื่องมือดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning Index) และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) เฉพาะหมวดความเห็นพ้องกันของคู่สมรสและความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นตัวเกณฑ์ในการทดสอบกับคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 149 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้มีความสัมพันธ์กับดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว ($r=.44, p<.001$) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ($r=.30, p<.001$) และความพึงพอใจในคู่สมรส ($r=.41, p<.001$) จึงสนับสนุนว่าแบบวัดชุดนี้สามารถทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

การทดสอบความตรงตามความพึง กิบสันและไวเนอร์ท์ (1989) ใช้แบบสอบถามชุดนี้ทดสอบความตรงตามความพึงกับแบบประเมินชุดอื่นๆ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่าแบบสอบถามชุดนี้มีความสัมพันธ์กับแบบวัดการสนับสนุนระหว่างบุคคล ($r=.74, p<.001$) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ($r=.50, p<.01$) และพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ($r=.40, p<.001$) การทดสอบความตรงตามโครงสร้าง ไวเนอร์ท์ (1987) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินพบว่าแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพันและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 2) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน 3) การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหาความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบนี้พบว่าสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และสามารถแยกออกจากกันได้ แสดงถึงแบบวัดชุดนี้เป็นโครงสร้างหลายมิติ

การทดสอบความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายใน ไวเนอร์ท์ (1987) นำแบบประเมินชุดนี้ไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .89 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนมเท่ากับ .73 ด้านการรับรู้ว่า

เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .78 ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เท่ากับ .71

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนค์และไวเนิร์ทมาใช้ในผู้ดูแลซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) มาทดสอบความคงที่ของแบบสอบถามชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำกับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บจำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าความสัมพันธ์ .90 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลจำนวน 104 ราย แล้วหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยรวมเท่ากับ .91 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนมเท่ากับ .74 ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .67 ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .82 ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .73 ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เท่ากับ .83

คาราพรธม อุทัย (2545) ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนค์และไวเนิร์ทมาใช้วัดการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) และปรับมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบสะดวกและไม่เกิดการสับสนในการวิเคราะห์คำตอบ ตรวจสอบเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่ามีค่า CVI เท่ากับ .85 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้กับการเก็บข้อมูลจริงจากผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของคาราพรธม อุทัย (2545) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ดูแลและมีค่าความเชื่อมั่น = .88- .91 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัว

ในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพราะจะให้ได้ทั้งความร่วมมือร่วมใจในการช่วยเหลือทางวัตถุและแรงงานในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับภารกิจต่างๆ เป็นการแบ่งเบาภาระได้ และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย จากศึกษาของ Guanacia & Parra (1996) ที่ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 90 คน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ดูแลมากที่สุด เช่น การเตรียมอาหาร ย้ายตลาด ให้อาแก่ผู้ป่วย พาไปคลินิกตามนัด จัดการเรื่องเงิน รวมทั้งงานเกี่ยวกับการซักกรีดเสื้อผ้า

และการดูแลตนเอง และผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรในทีมสุขภาพน้อยที่สุด และการศึกษาของ Stommel & Kingry (1991) ได้ศึกษาในกลุ่มสมรสที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือสูงสุดจากบุตรในบ้านอายุมากกว่า 19 ปี ส่วนผู้ที่มีบุตรเล็กกว่า 10 ปี จะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมาก โดยเฉพาะการรับภาระเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเรื้อรังของโรคและสภาพสังคมที่บุคคลมีเวลาในการสนใจผู้อื่นลดลง ดังนั้นผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวใหญ่จึงน่าจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็กกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Keith (1995) ที่พบว่าครอบครัวที่มีลูกสาว 2 คนขึ้นไปมีแนวโน้มจะร่วมกันจัดการดูแลได้ดีกว่าครอบครัวอื่นๆ แสดงว่าอาจมีคุณลักษณะอื่นๆ ของครอบครัวเช่น ลักษณะของสมาชิกในครอบครัวหรือความสามัคคีกลมเกลียวกันที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

ในการศึกษาของ Scott et al (1986) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 25 ราย พบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวในการเยี่ยมเยียนและอยู่กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นส่วนตัวและมีโอกาสออกสังคมภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Desrosier et al (1992) ได้ทำการศึกษาแหล่งสนับสนุนของกลุ่มสมรสในผู้ป่วย Multiple Sclerosis พบว่าแหล่งสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว เพราะถ้าญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านการดูแลผู้ป่วย และร่วมมือในการบริหารงานบ้าน จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี มีเวลาและโอกาสละวางจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว มีเวลาพักผ่อนนอนหลับ ทำธุระหรือเข้าสังคมได้ และอาจสามารถทำงานได้ตามปกติ (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร, 2539:5; J Jill & Karl, 1994: 681-690) และการศึกษาของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่ทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 79

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือหรือปฏิสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถทำความเข้าใจให้ความกระจ่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวในผู้ดูแลประเภทอื่นแต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง ฉะนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

7. บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะที่เฉพาะ ต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะเฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจสับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อปรับตัวของผู้ดูแลได้ ฉะนั้นการที่ผู้ดูแลจะสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ขณะทำการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในส่วนนี้

สำหรับการบริการทางการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการช่วย 5 วิธี ดังนี้ (จอม สุวรรณ, 2540; ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545; สมนึก สกฤษหงส์โสภณ, 2540)

1. การชี้แนะ พยาบาลมีการชี้แนะผู้ดูแลให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือปรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่างๆ แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดูแลผู้ป่วยหรือวิถีปฏิบัติต่างๆ และให้ผู้ดูแลเลือกและตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของผู้ป่วย และรีบขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชื่อถือได้ตั้งแต่ระยะแรก

2. การสนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ญาติผู้ดูแลรู้ว่า เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ รับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจและสนับสนุนให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลเยี่ยมบ้าน และแหล่งประโยชน์ต่างๆ

3. การสอน เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะประกอบด้วย

3.1 ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเช่น สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งอาจใช้สื่อการสอนร่วมด้วยหรือใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

3.2 การให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคอยให้คำแนะนำและแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำไม่ถูกต้อง

3.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เช่น จัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการมีกลุ่มช่วยเหลือกัน จะช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือวิธีต่างๆได้

5. ให้คำปรึกษา เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านญาติต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัวซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆมากมายส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ต้องการระบายความรู้สึกและแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น ทั้งปัญหาจากตัวผู้ป่วย และปัญหาจากตัวผู้ดูแลเอง ฉะนั้นแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆควรเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อให้เกิดความสะดวก โดยจัดให้มีแผนกที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะรวมทั้งควรมีระบบการสื่อสารติดต่อสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถแก้ปัญหาและข้อคับข้องใจต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับตัวในทางที่ดีและรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของทั้งสองฝ่าย

การให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ หากพยายามได้จัดให้กับผู้ดูแลแล้วจะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นได้และสามารถปรับตัวในทางที่ดี ซึ่งจากรายงานการวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านมามีผลหลังจากที่พยาบาลได้ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองแล้วพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้เกิดการปรับตัวในทางที่ดี ดังงานวิจัยต่อไปนี้

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์รับรู้ต่อการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

นภาพรณ แก้วกรรณ (2533) ได้ศึกษาผลการจงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น โดยการให้โปรแกรมการจงใจแก่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ผลพบ

ว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประทับประคองจิตใจผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จินนระรัตน์ ศรีภักทธิโย (2540) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ดูแลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากรายงานการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มุ่งการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทำให้มีการฟื้นหายเร็ว (Baker, 1993: 30-33) อัตรากลับเข้ารับรักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนลดลงและผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพและผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993: 383-391) นำไปสู่การปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไปในทางที่ดี และยังส่งผลถึงความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวในการทำหน้าที่ปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการนำงานวิจัยอื่นมาสนับสนุน จากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสรุปได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนเองดูแลป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญและปรับตัวให้ได้ในการดูแล แต่การที่ผู้ดูแลจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับประกอบหลายประการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง การประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวในการทำหน้าที่ปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าดีหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่ง

เสริมให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเส้นเลือดในสมองแตก และมีความพิการในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยมีคะแนน Glasgow Outcome Scale ของ Jennett & Bond (1975) = 4-14 คะแนน
2. เป็นบุคคลที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา-มารดา คู่สมรส บุตร หลาน บุตรสะใภ้หรือญาติที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี และยินดีให้ความร่วมมือ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Thorndike (1978: 184) โดย $N \geq 10K + 50$, K เป็นจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่สถาบันประสาทวิทยาในวันจันทร์-วันศุกร์ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากเลือกห้องตรวจโรคหลอดเลือดสมองจาก 14 ห้อง เลือกมาเพียง 7 ห้อง

โดยทำการจับฉลากทุกเช้าของวันเปิดทำการ จากนั้นทำการคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งเกณฑ์ไว้จากห้องตรวจที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 7 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพทั่วไป อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยใช้แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร (2540) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือมาจากแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett & Bond (1975) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ระดับความรู้สึกรู้ตัว มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
รู้สึกรู้ตัวดี = 4 คะแนน , สับสนไม่รู้กาลเวลาและ/สถานที่ และ/หรือบุคคล = 3 คะแนน , ไม่รู้สึกรู้ตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น = 2 คะแนน , ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น = 1 คะแนน
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
ทำได้เองทั้งหมด = 3 คะแนน , พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน = 2 คะแนน , พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด = 1 คะแนน
3. การเข้าสังคม มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
เข้าสังคมได้ตามปกติ = 4 คะแนน , เข้าสังคมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย = 3 คะแนน , เข้าสังคมได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ = 2 คะแนน , เข้าสังคมไม่ได้เลย = 1 คะแนน
4. การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ = 4 คะแนน , กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่ = 3 คะแนน , พักงานหรือการเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย) = 2 คะแนน , ออกจากงานหรือการเล่าเรียน = 1 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินคะแนนระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

ไม่มีความพิการ	=	15	คะแนน
มีความพิการเล็กน้อย	=	13-14	คะแนน
มีความพิการปานกลาง	=	6-12	คะแนน

มีความพิการรุนแรง = 4-5 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล (Appraisal of Caregiving scale) เป็นแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของ Oberst (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) และนำมาใช้กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง รายละเอียดของแบบวัดชุดนี้ประเมินเกี่ยวกับ งานและความรับผิดชอบในฐานะผู้ดูแล สัมพันธภาพและการสนับสนุนของบุคคล แบบแผนชีวิต สุขภาพกายและจิต ผลกระทบต่างๆไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย 9 ข้อ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม 12 ข้อ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย 9 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามทั้ง 3 หมวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด	5
มาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก	4
ปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง	3
น้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย	2
ไม่เลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย	1

การคิดคะแนนจะแยกคิดคะแนนแต่ละหมวดออกจากกัน ดังนี้

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย จะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียน้อย

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม จะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามน้อย

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุ จะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการการดูแล (The Caregiving Demand Scale) เป็นแบบวัดความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านของ Oberst (1991) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) แบบวัดชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยวัดความต้องการการดูแลที่เป็นกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง 3 ข้อ, การสนองตอบความต้องการส่วนบุคคล 4 ข้อ, การสนองตอบความต้องการที่จำเป็นในเรื่องอื่นๆ 8 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมดและกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มาก	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้น ต้องใช้เวลาในการทำมาก	4
ปานกลาง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้น ต้องใช้เวลาในการทำปานกลาง	3
น้อย	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้น ต้องใช้เวลาในการทำน้อย	2
ไม่เลย	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้น ไม่ต้องใช้เวลาในการทำเลย	1

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ มาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เป็นแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker & Tomson (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดิเรพรวงษ์ (2540) และนำมาใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การ

ยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ผู้วิจัยได้ปรับมาตราส่วนประมาณค่าจาก 6 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวกในการวิเคราะห์คำตอบ ข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมดและกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ ความรู้สึของท่านตลอดเวลา	5
รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ ความรู้สึของท่านเป็นส่วนใหญ่	4
รู้สึกเช่นนี้เป็นบางครั้ง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ ความรู้สึของท่านเป็นบางครั้ง	3
รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ ความรู้สึของท่านน้อยมาก	2
ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ ความรู้สึของท่านเลย	1

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยต่ำ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวีของดาราพรรณ อุทัย (2545) ซึ่งเป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของ Brand & Weinert (1985) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว 5 ข้อ ด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น 5 ข้อ ด้านความมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆจากแหล่งสนับสนุน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีข้อความในด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2 และ 11 ส่วนที่เหลืออีก 23 ข้อเป็นข้อความในด้านบวก กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด	5	1
เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่	4	2
ไม่แน่ใจ	ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการปรับตัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของ คาราพรธม อุทัย (2545) ที่สร้างเครื่องมือมาจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984: 181-225) ครอบคลุมการปรับตัวใน 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในส่วนของข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยตัดข้อคำถามข้อที่ 10 “รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่รักของสังคม” เปลี่ยนเป็น “รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ยอมรับของสังคม” และได้เพิ่มข้อคำถามจากเดิมมี 30 ข้อ เป็น 32 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับคำจำกัดความ โดยแบ่งเป็นด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 10 ข้อ ด้านขวัญและกำลังใจ 12 ข้อ ด้านภาวะสุขภาพ 10 ข้อ

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีข้อความในด้านลบจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,4,5,6,8,9,10,13,14,15,16,18,20,22,23,28,31 และ 32 และข้อความ

ในด้านลบจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,7,11,12,17,19,24,25,26,27,29 และ 30 กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด	5	1
เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่	4	2
ไม่แน่ใจ	ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 32-160 คะแนน แล้วนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยซึ่งมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน หลังจากนั้นนำไปแปลความหมายของคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การแปลความหมายคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพิจารณามีเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2538: 77)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50 – 5.00	ผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับดีมาก
3.50 - 4.49	ผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับดี
2.50 - 3.49	ผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	ผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับน้อย
1.00 – 1.49	ผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับไม่ดี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การปรับตัวของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อ

ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้น ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษามาพิจารณาเนื้อหาของข้อความ ความครอบคลุม ความตรง และความเหมาะสมของเนื้อหาพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยคัดสรรผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นชอบกับแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด แต่มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ใน 5 ท่าน แนะนำให้ปรับปรุงแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล และแบบสอบถามการปรับตัวโดยให้เพิ่มจำนวนข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ปรับปรุงแก้ไขภาษาที่ใช้ในคำถามบางข้อ เช่น “เปลี่ยนไป” ควรใช้ว่า “แยลง” หรือ “ดีขึ้น” และมีการเพิ่มจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำหายจากเดิมมี 6 ข้อ เพิ่มเป็น 9 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ระบุไว้ในคำจำกัดความ

2. แบบสอบถามการปรับตัว ปรับปรุงแก้ไขภาษาที่ใช้ในคำถามบางข้อ และเพิ่มจำนวนข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจจากเดิม 10 ข้อ เพิ่มเป็น 12 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามที่ระบุไว้ในคำจำกัดความ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามทั้งหมดไปหาความเที่ยง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การปรับตัวของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 30 ราย และที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาจากแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย ควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามทุกชุดมีค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การปรับตัวโดยรวม

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ 30 ราย	เก็บข้อมูลจริง 120 ราย
1. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ	.92	.88
2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย	.83	.81
3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย	.87	.85
4. ความต้องการการดูแล	.83	.83
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	.96	.93
6. สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย	.96	.94
7. การปรับตัว	.84	.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา หลังจากผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 จับฉลากเลือกหมายเลขห้องตรวจร้อยละ 50 ที่เปิดทำการตรวจในแต่ละวันทำการ

2.2 สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเก่าโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียนหน้าห้องตรวจที่ได้รับการคัดเลือกและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้ โดยสอบถามและสังเกตจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติที่พาผู้ป่วยมาตรวจ

2.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการ

วิจัยและพหุศาสตร์สิทธิของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์

2.4 ผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างลืมตอบข้อใด ผู้วิจัยทำการซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบจนครบถ้วน

2.5 กลุ่มตัวอย่างที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้หรือมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกในแบบสอบถามให้

3. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2547 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2547 เมื่อรวบรวมแบบสอบถามจนครบ 120 รายแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การพหุศาสตร์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11 (Statistical package for social science) แยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพทั่วไป อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4.7 สร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงในตารางที่ 2-5

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าดี คุณภาพการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงในตารางที่ 6-8

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงในตารางที่ 9

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงในตารางที่ 10-11

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างทำการดูแล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	14.2
หญิง	103	85.8
อายุ		
20-30 ปี	16	13.3
31-40 ปี	32	26.7
41-50 ปี	40	33.3
51-60 ปี	32	26.7
สถานภาพสมรส		
โสด	31	25.8
คู่	79	65.8
หม้าย/หย่า/แยก	10	8.3
ศาสนา		
พุทธ	117	97.5
คริสต์	-	-
อิสลาม	3	2.5

จากตารางที่ 2 พบว่าร้อยละ 85.8 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาพบว่าร้อยละ 26.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และ 51-60 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 68.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.5 นับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	53	44.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	10.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา	31	25.8
ปริญญาตรี	23	19.2
อาชีพ		
รับจ้าง	28	23.3
ค้าขาย	21	17.5
รับราชการ	11	9.2
แม่บ้าน	60	50
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	34	28.3
5,000-10,000 บาท	47	39.2
มากกว่า 10,000 บาท	39	32.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ภรรยา	31	25.8
สามี	5	4.2
บุตร	68	56.7
พี่น้อง	5	4.2
บิดามารดา หลาน	11	9.2

จากตารางที่ 3 พบว่าร้อยละ 44.2 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 39.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 56.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร รองลงมาร้อยละ 25.8 พบว่าเป็นภรรยาของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป		
เจ็บป่วยบ่อย	18	15
แข็งแรงดี	102	85
โรคประจำตัว		
มี	38	31.7
ไม่มี	82	68.3
อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย		
มี	39	32.5
ไม่มี	81	67.5

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 85 มีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ร้อยละ 68.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.5 ไม่พบอาการเจ็บป่วยระหว่างทำการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม ระดับความพิการของผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพิการของผู้ป่วย		
พิการรุนแรง	-	-
พิการปานกลาง	116	96.67
พิการเล็กน้อย	4	3.33
ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย		
มี	90	75
ไม่มี	30	25
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Mean=30.35 เดือน, SD=43.27, Min= 1 เดือน, Max= 240 เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน	30	25
4-12 เดือน	29	24.2
13-24 เดือน	24	20.0
25-26 เดือน	6	5
มากกว่า 36 เดือน ขึ้นไป	31	25.8

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลได้แก่ญาติ พี่น้อง และคนอื่นๆ ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ดูแล ในส่วนของระยะเวลาในการดูแลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 30.5 เดือน โดยระยะเวลาในการดูแลต่ำที่สุดคือ 1 เดือน สูงที่สุดคือ 240 เดือน และพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกันได้แก่ มากกว่า 36 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 25 และผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างทำการดูแลจะมีความพิการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.6

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า
 คุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า
 ทำทนาย ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว
 และการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ
 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย
 ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัว
 (N=120)

ข้อมูล	\bar{X}	S.D.
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย	4.20	0.68
การสนับสนุนจากครอบครัว	4.16	0.55
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย	3.77	0.76
ความต้องการการดูแล	2.83	0.54
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ	2.57	0.79
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย	2.09	0.72

จากตารางที่ 6 พบว่าสัมพันธภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ
 4.20 คะแนน การสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 การประเมินสถานการณ์ของ
 การดูแลว่าทำทนายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ความต้องการการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 การ
 ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 การประเมินสถานการณ์ของ
 การดูแลว่าสูญเสียมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.09

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (N=120)

การปรับตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	3.80	0.57	ดี
ด้านขวัญแกลกำลังใจ	3.66	0.45	ดี
ด้านภาวะสุขภาพ	3.51	0.67	ดี
โดยรวม	3.66	0.46	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า การปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้านพบว่า ด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.80 ด้านขวัญแกลกำลังใจมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ 3.66 และด้านภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.51 ซึ่งทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยจำแนกตามรายชื่อ (N=120)

การปรับตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม			
1. การทำหน้าที่ในครอบครัว	4.30	.76	ดี
2. การได้รับความเชื่อถือจากคนอื่น ๆ	4.27	.64	ดี
3. ตนเองได้รับการยอมรับจากสังคม	4.13	.76	ดี
4. การใช้เวลาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	4.04	.86	ดี
5. ความสามารถทำงานที่รับผิดชอบ	3.76	.89	ดี
6. การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมในชุมชน	3.58	.94	ดี
7. การเข้าสังคมกับเพื่อนฝูงนอกบ้าน	3.57	1.05	ดี
8. การมีเวลาได้พักผ่อนหรือทำงานอดิเรก	3.50	1.10	ดี
9. การเงินภายในครอบครัว	3.41	1.31	ดี
10. การเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน	3.41	1.17	ปานกลาง
ด้านขวัญและกำลังใจ			
1. ความรู้สึกมีคุณค่า	4.34	.77	ดี
2. พอใจกับการดูแลที่ทำให้กับผู้ป่วย	4.33	.62	ดี
3. กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต	4.11	.79	ดี
4. มีความสุขกับชีวิตในปัจจุบัน	4.05	.84	ดี
5. ความรู้สึกมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง	3.96	.92	ดี
6. ความรู้สึกต่อภาระรับผิดชอบ	3.87	1.04	ดี
7. ความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรม	3.80	1.05	ดี
8. ความสามารถทำสิ่งที่ต้องการ	3.64	.91	ดี
9. การวางแผนชีวิตล่วงหน้า	3.58	.90	ดี
10. ความอดทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์	3.32	1.22	ปานกลาง
11. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	2.95	1.16	ปานกลาง
12. ความรู้สึกต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1.97	.94	น้อย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยจำแนกตามรายชื่อ (N=120) (ต่อ)

การปรับตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านภาวะสุขภาพ			
1. การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	4.01	.91	ดี
2. การรับประทานอาหาร	3.90	.99	ดี
3. ความรู้สึกตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา	3.85	.86	ดี
4. ความเมื่อยหนำที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.76	.95	ดี
5. น้ำหนักผู้ดูแล	3.40	1.25	ปานกลาง
6. อาการเจ็บป่วยของผู้ดูแล	3.37	1.18	ปานกลาง
7. การได้พักผ่อนหลังตื่นนอน	3.30	1.11	ปานกลาง
8. การมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	3.25	1.21	ปานกลาง
9. อารมณ์ของผู้ดูแล	3.22	1.16	ปานกลาง
10. การมีอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ	2.97	1.32	ปานกลาง
โดยรวม	3.66	14.70	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่าการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำแนกเป็นรายชื่อ ส่วนใหญ่จะมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 รองลงมาได้แก่ ความพอใจกับการดูแลที่มีให้กับผู้ป่วยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 และอันดับที่ 3 การทำหน้าที่ในครอบครัวได้เช่นเดิมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ซึ่งทั้ง 3 อันดับแรกมีคะแนนอยู่ในระดับดี และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายได้แก่ การมีอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 รองลงมา ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 ซึ่งทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในอันดับสุดท้ายได้แก่ความรู้สึกต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล
สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วว่าคุณภาพ
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทายน
ความต้องการการดูแล สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และการ
ปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N=120)

ตัวแปร	คุณภาพ	สูญเสีย	ทำทายน	ความต้องการ การการดูแล	สัมพันธ์ภาพ ของผู้ดูแลที่ มีต่อผู้ป่วย	การสนับสนุน จากครอบครัว
การปรับตัว	-.523*	-.514*	.240*	-.310*	.333*	.468*

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วว่าคุณภาพมีความสัมพันธ์ทาง
ลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.523$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง
กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.514$) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทายนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการ
ปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .240$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปรับตัวของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวของ
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .333$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของ
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .468$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนด (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง) นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวพยากรณ์ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2) ประสิทธิภาพการพยากรณ์ (R^2 Change) ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับขั้นของการทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F	P-Value
1. คุกคาม	.523	.274	.274	44.49	.000
2. คุกคาม การสนับสนุนจากครอบครัว	.683	.466	.194	42.45	.000
3. คุกคาม การสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล	.706	.498	.032	7.39	.000
4. คุกคาม การสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล สูญเสีย	.719	.518	.019	4.54	.000

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน การประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วคุกคามถูกเลือกเข้าสมการทำนายเป็นอันดับแรก สามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .274 ($R^2 = .274$) แสดงว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วคุกคามทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 27.4

เมื่อเพิ่มตัวทำนาย การสนับสนุนจากครอบครัวเข้าในสมการทำนายเป็นอันดับที่สอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีก ร้อยละ 19.4 (R^2 Change = .194) มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .466 ($R^2 = .466$) แสดงว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วคุกคาม และการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเพิ่มตัวทำนาย ความต้องการการดูแลเข้าในสมการการทำนายเป็นอันดับที่สาม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีก ร้อยละ 3.2 (R^2 Change = .032) มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .498 ($R^2 = .498$) แสดงว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า การสนับสนุนจากครอบครัว และความต้องการการดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 49.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเพิ่มตัวทำนาย ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียเข้าในสมการการทำนายเป็นอันดับที่สี่ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีกร้อยละ 1.9 (R^2 Change = .019) มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .518 ($R^2 = .518$) แสดงว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า การสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า ความต้องการการดูแล ในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรทำนาย	B	S.E. _b	Beta	t	P-value
การสนับสนุนจากครอบครัว	.459	.069	.433	6.663	.000
สูญเสีย	-.577	.271	-.227	-2.132	.035
คุณค่า	-.370	.154	-.267	-2.466	.015
ความต้องการการดูแล	-.337	.124	-.188	-2.789	.006
Constant	104.466	9.046		11.548	.000
$R^2 = .518$					

จากตารางที่ 11 พบว่าเมื่อคะแนนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง .577 คะแนน สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .459 คะแนน ส่วนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า เมื่อคะแนนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง .379 คะแนน ความต้องการการดูแล เมื่อคะแนนความต้องการการดูแล

แลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง .362 คะแนน ในส่วนของสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำท่าย พบว่ามีค่า P-value > .05 จึงต้องตัดออกจากสมการทำนาย ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 104.47 - .577 * \text{การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย} + .459 * \text{การสนับสนุนจากครอบครัว} - .379 * \text{การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม} - .337 * \text{ความต้องการการดูแล}$$

พิจารณาจากค่า Beta พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = .433) มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม (Beta = -.267) อันดับที่สาม คือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย (Beta = -.227) อันดับที่สุดี่ คือ ความต้องการการดูแล (Beta = -.188) สามารถสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การปรับตัว}} = .433Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}} - .267Z_{\text{คุกคาม}} - .227Z_{\text{สูญเสีย}} - .188Z_{\text{ความต้องการการดูแล}}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยาโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง หรือ มีการแตกของเส้นเลือด และมีความพิการในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยมีคะแนน Glasgow Outcome Scale ของ Jennett & Bond (1975) = 4-14 คะแนน
2. เป็นบุคคลที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา-มารดา คู่สมรส บุตร หลาน บุตรสะใภ้หรือญาติที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี และยินดีให้ความร่วมมือ

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากเลือกห้องตรวจโรคหลอดเลือดสมองเพียงครั้งหนึ่งของจำนวนห้องตรวจที่มีแต่ละวัน จากนั้นทำการคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งเกณฑ์ไว้จากห้องตรวจที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมในการวิจัย คำนวณจากสูตรของ Thorndite (1978: 184) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล แบบสอบถามความต้องการการดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการปรับตัว ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อความถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำหาย เท่ากับ .87 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม เท่ากับ .92 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย เท่ากับ .83 แบบสอบถามความต้องการการดูแล เท่ากับ .83 แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เท่ากับ .96 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ .96 แบบสอบถามการปรับตัวเท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 .88 .81 .83 .94 และ .87 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.66 \pm 0.46$)
2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำหาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$, $r = .333$, $r = .468$ ตามลำดับ)
3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ความต้องการการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.514$, $r = -.523$, $r = -.310$ ตามลำดับ)

4. การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแล สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 ($R^2 = .518$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{การปรับตัว}} = .433Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}} - .267Z_{\text{คุณค่า}} - .227Z_{\text{สูญเสีย}} - .188Z_{\text{ความต้องการการดูแล}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุในช่วง 41-50 ปี และเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 85.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก สกุลหงส์โสภณ (2540); สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539); นางนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแสดงว่า บทบาทการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สากลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้ และผู้ดูแลที่เป็นหญิงส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวังด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยมักยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลไว้ที่ตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจเนื่องจากความคาดหวังทางเพศ หน้าที่ของกลุ่มสมรส ความรักและความผูกพัน ความสงสารและเห็นใจ รวมทั้งคำชมเชยและการเป็นที่ยอมรับของสังคมในการดำรงบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ที่เป็นลูกสาวหรือลูกสะใภ้ของผู้ป่วยมักยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลตามหน้าที่ตามความจำเป็นและลักษณะสัมพันธ์ภาพที่มีกับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 68 รองลงมาคือ คู่สมรส ซึ่งแสดงว่าบุตรผู้ให้การดูแลผู้ดูแลตามบทบาทหน้าที่ที่พึงมีต่อบิดามารดา ดังเช่นการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งล้วนแต่เป็นบทบาทความรับผิดชอบของเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจาก พื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และบุตร นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะด้านหน้าที่การงานเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงภาระหน้าที่ประจำวัน ที่มีผลต่อการจัดแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยและการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานที่มีเวลาแน่นอน ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณีย์ พันชมภู (2540) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่มีสมาชิกหลายคน ผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่ทำงานอยู่กับบ้านมากกว่าผู้ที่ทำงานประจำนอกบ้าน จึงไม่มีผลกระทบ

ต่อรายได้ของครอบครัว จึงทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าคนอื่นๆ ที่สุขภาพไม่แข็งแรง ดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่แข็งแรงดี ร้อยละ 85 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.3 แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลที่ยาวนาน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 30.45 เดือน ซึ่งเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยไปนานๆ ก็จะพบว่าผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดศีรษะ อันเป็นผลมาจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อซีกใดซีกหนึ่ง ทำให้ลูกเดินกระทำการกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองไม่ได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องยกตัวหรือช่วยพยุงหรือช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และการดูแลที่ยาวนานก็ทำให้เกิดความอ่อนล้าอันมีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะและมีอาการเวียนศีรษะได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ($X = 3.66$) เมื่อพิจารณาถึงการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน การที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับคืออธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้กระบวนการความรู้สึกลึกซึ้งคิดในการประเมินทัศนสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นผลดีต่อตนเอง โดยมีมุมมองของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนมีความสามารถ และได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 89; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2543) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในและนอกตัวบุคคลนำออกมาใช้อย่างเต็มที่และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญนั้นๆ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังข้อคำถามการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลสามารถเข้าสังคมและสามารถทำหน้าที่กับบทบาทเดิมที่เป็นอยู่ในครอบครัวอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีการจัดสรรแบ่งเวลาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีแหล่งประโยชน์จากบุคคลใกล้ชิดจากญาติพี่น้องคนอื่นๆ ที่คอยช่วยปลดปล่อยในการดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลยังสามารถที่จะเข้าสังคมและพบปะกับเพื่อนฝูงได้เช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carol et al (1991) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านมีการปรับตัวอยู่ในระดับดีจากการที่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่นำมาใช้ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญต่อการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลและสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้

อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับในการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวในด้านการแสดงความรัก เป็นห่วง ให้กำลังใจ ช่วยเหลือพลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gale et al (1995: 67-73) และ การศึกษาของ Keith (1995) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีบุตรจำนวนมากหรือมีบุตรสาวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจะมีแนวโน้มของการร่วมกันช่วยเหลือจัดการดูแลในกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลให้เบาบางลง และยังช่วยให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าตนเองต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากคู่สมรส ซึ่งแสดงถึงสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรส ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร และกำลังใจจากคู่สมรส (Cpyne & Delogis, 1986) จึงทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางอารมณ์และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ สิ่งเหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร, 2538; ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541; นางลักขณ์ พันชมพู่, 2540; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2543; คาราพรธณ อุทัย, 2545) ทั้งนี้เพราะบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะและผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมามาก เมื่อพบสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของญาติที่ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้มีการปรับตัวอยู่ในระดับดี ซึ่งวุฒิภาวะจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ ของชีวิตได้ โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบในการตัดสินใจได้มาก (Mercer, 1981 อ้างถึงใน อรศิลป์ ชื่นกุล, 2543) ประกอบกับในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานโดยมีค่าเฉลี่ย = 30.45 เดือน เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้ดีขึ้นจากความคุ้นเคยกับสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zerit et al (1986) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เพราะการเป็นผู้ดูแลใหม่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมาก เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลได้มีโอกาสปรับตัวโดยมีพัฒนาการในการเผชิญปัญหาและมีการพัฒนาจิตใจมากขึ้นด้วย จากเหตุผลทั้งหมดน่าจะเป็นส่วนสนับสนุนให้การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541); วิมาลา เจริญชัย (2545); ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ทำการศึกษากการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม, ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยโรคทาลัสซีเมีย ซึ่งพบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ประเภทมีการปรับตัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ นางนุช ปัญญธรรมเจริญ

(2540) และ ดาราพรรณ อุทัย (2545) ที่ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้านพบว่าการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($X = 3.80$) ซึ่งอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ไม่ได้ประกอบอาชีพหลักทำให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานบทบาทหน้าที่อื่นๆน้อย ประกอบกับผู้ดูแลมีญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นๆ ที่คอยช่วยเหลือผลักดันในการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีอิสระและสามารถเข้าสังคมได้บ้างและคงบทบาทต่างๆ ได้เช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในคั้งนี้ที่พบว่าการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้เช่นเดิม

การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ($X=3.66$) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะครอบครัวขยายอยู่ร่วมกันหลายคนมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ ใกล้ชิดสนิทสนมกัน ช่วยเหลือสนับสนุน มีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจกัน สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย หวังดีและจริงใจ มีความลึกซึ้งในลักษณะของการให้ความรัก ความเอาใจใจและรักใคร่ปรองดองกัน (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2539) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เป็นญาติที่ดีของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้และมีความภูมิใจในตนเองมากจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Archbold et al (1990) และ Sirapo-ngarm (1994) พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประกอบกับเป็นโอกาสของการทดแทนคุณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) พบว่ามารดาที่มีความรู้สึกภูมิใจที่สามารถดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุตรมากกว่าผู้อื่น ในการศึกษาคั้งนี้จะพบว่าค่าเฉลี่ยของการปรับตัวสูงสุดและต่ำที่สุดอยู่ในด้านเดียวกันคือด้านขวัญและกำลังใจ จึงสามารถอธิบายได้ว่าการที่จะส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นควรจะต้องพิจารณาในส่วนของการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่ดีต่อการดูแลซึ่งจะนำมาซึ่งการปรับตัวที่ดีในด้านอื่นๆ ต่อไป

การปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ ($X=3.51$) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีแหล่งให้ความช่วยเหลือซึ่งเป็นการสนับสนุนจากครอบครัวเพราะในการศึกษาคั้งนี้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง โดยสมาชิกในครอบครัวจะคอยให้การช่วยเหลือเมื่อปัญหานั้นรุนแรงและไม่สามารถ

แก้ไขได้ด้วยตนเองทำให้ผู้ดูแลมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถขยับถ่ายปัสสาวะอุจจาระได้ เหมือนเดิม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์ของร่างกายเต็มที่ รู้จักการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดีจึงมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีการเตรียมตัวเองให้พร้อมที่จะมาดูแลผู้ป่วย (Brereton, 1997 อ้างถึงใน อรศิลป์ ชื่นกุล, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่ามารดาที่ให้การดูแลบุตรมีการปรับตัวด้านร่างกายรายชื่ออยู่ในระดับค่อนข้างดีถึงระดับดีทุกเรื่อง แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2538) และ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยสะท้อนถึงผลจากความเครียดอย่างชัดเจนได้แก่ ปวดศีรษะ ไข้หวัด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือนอนไม่พอ รับประทานอาหารไม่ได้หรือทานได้น้อยลง ใจสั้น นอกจากนี้ในการศึกษาของ ชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2538) พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรนั้นมีการปรับตัวด้านสรีระวิทยาได้ค่อนข้างน้อย โดยมีอาการท้องผูก ถ่ายปัสสาวะผิดปกติและอ่อนเพลีย ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือในการดูแลเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75 และเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพในระดับดี แต่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ก็ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นในขณะที่ทำการดูแลเป็นบางส่วน โดยคิดเป็นร้อยละ 32.5 ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลมีค่าเฉลี่ย = 30.45 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาในการดูแลในระยะยาว ฉะนั้นเมื่อทำการดูแลผู้ป่วยไปนานๆ ก็จะพบว่าผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ โดยจะมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดศีรษะ อันเป็นผลมาจากการดูแล จึงเป็นเหตุผลให้การปรับตัวด้านนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ

2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายมีสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัว ($r = .240$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายเป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญว่าการดูแล

สามารถดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตน การประเมินเช่นนี้จะสะท้อนถึงอารมณ์ที่พึงพอใจส่งผลให้การทำหน้าที่ในสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงบทบาทเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้เนื่องจากเกิดความมั่นใจในผลลัพธ์ที่จะตามมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคลนำมาใช้อย่างเต็มที่ในการช่วยเสริมสร้างขวัญและกำลังใจต่อการดูแลโดยมีมุมมองต่อการดูแลว่าเป็นเสมือนการตอบแทนบุญคุณ การดูแลทำให้ตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถ และได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งการเกิดความรู้สึกเช่นนี้บ่งบอกถึงการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายและสามารถทำให้การปรับตัวมีลักษณะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oberst et al (1989: 209-215) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของการดูแล และการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งทำทนาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al (1991: 1341-1347) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งทำทนายเป็นผลดี หรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม จากผลการศึกษาทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียดในบทบาทน้อยลงและความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.2 สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่ต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่ต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .333$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่ต่อผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ผูกพัน มีความเข้าใจเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก โดยจะแสดงออกมาในรูปของความสุข ยินดีและเต็มใจต่อการดูแลบ่งบอกถึงการปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker et al (1990) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีของบุตรสาวที่มีต่อมารดาผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright (1993) พบว่าภรรยาที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อสามีจะมีความสนิทสนมใกล้ชิด มีความรู้สึกผูกพัน รัก และมีความสุขในการดูแล เปรียบเสมือนการปรับตัวในด้านการเกิดขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้นต่อการดูแล ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเมื่อต้องรับภาระในการดูแลย่อมก่อ

ให้เกิดความทุกข์ และจะแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือก้าวร้าวรุนแรง (Rabins,1988: 29-31) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krammer (1993b) พบว่าสัมพันธภาพของกลุ่มสมรสก่อนการเจ็บป่วยในทางลบจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงภาระในการดูแล ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวทางด้านลบ จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.3 การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .468$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยการแสดงความรักและความเข้าใจมีการแบ่งปัน ฟังพียงซึ่งกันและกัน แสดงออกด้วยการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย สนใจซักถามถึงการดูแลและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมที่ดีมีความเหมาะสมต่อการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์สามารถแก้ปัญหาและมีกำลังใจต่อสู้อุปสรรคมากขึ้น ลดความเครียดและส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (McEveen, 1978 อ้างถึงใน คาราพรณ อุทัย, 2545) และการสนับสนุนจากครอบครัวเปรียบเสมือนเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือหรือปฏิบัติสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถทำความเข้าใจให้ความกระจ่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ณฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, 2539: 21) และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ดังภาคผนวก ก) จึงส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ยืนยง (2537); สายธรรม สถิติวิไลรุ่ง (2540); ก้านจิต ศรีนนท์ (2541); Northouse (1988) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล และยังส่งผลให้ ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้มากขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ความต้องการการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัว ($r = -.523$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าเป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญ โดยคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน โดยไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติได้เมื่อไหร่ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกต่อความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ว่าตนเองต้องรับบทบาทเช่นนี้โดยที่ไม่สามารถคาดเดาระยะเวลาที่แน่นอนได้ว่าบทบาทการเป็นผู้ดูแลจะจบสิ้นเมื่อไหร่ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติอยู่อาจจะต้องมีผลกระทบเกิดขึ้น เช่น ในด้านความเป็นอิสระหรือการมีเวลาส่วนตัว การเข้าสังคม รูปแบบการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่การงาน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ทำให้การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะความเครียดได้มากจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกต่อการรับบทบาทในการดูแลทางด้านลบนั้นจะนำมาซึ่งการเกิดความเครียดและปัญหาทางด้านจิตใจที่เรื้อรัง นำมาซึ่งการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา ดังการศึกษาของ Bakas & Burgener (2002) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณค่าสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ทำการดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณค่าจะมีผลต่อการเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในด้านลบ จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียมีความสัมพันธ์

ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัว ($r = -.514$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญว่าได้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถอธิบายได้ว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบทบาทที่แทรกเพิ่มเข้ามาจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ บางครั้งการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าเป็นการรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คาดคิดมาก่อน ขาดการเตรียมตัวเตรียมใจที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทอย่างกระทันหันโดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน (รุจา ภูโพนุลย์, 2535: 14-46) ก่อให้เกิดภาวะและความรับผิดชอบอย่างมากมายจึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระ (Hoyerst & Seltzer, 1992) การดำเนินชีวิตเป็นไปด้วยความเร่งรีบส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า และมีความเครียดเกิดขึ้น (Oberst et al., 1989) และยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2538) พบว่าการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาปัญหาสุขภาพเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งของการปรับตัว และการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสียซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kammer (1994: 89-98) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นแก่ผู้ดูแล ซึ่งความเครียดเป็นหนึ่งในกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปรับตัวของบุคคล จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.3 ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปรับตัว ($r = -.310$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรู้สึกในการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยว่ามากน้อยเพียงใด (Oberst, 1991) โดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีความพิการหลงเหลืออยู่อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ย่อมส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดจึงทำให้ต้องใช้เวลาและความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆ มากขึ้นตามระดับความพิการ

ของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัตินั้นมีทั้งกิจกรรมทางการดูแลและแผนการรักษา การป้องกันและระมัดระวังอุบัติเหตุ และยังคงช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดำรงชีวิตอื่นๆ ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ต้องใช้เวลาส่งผลให้เกิดการสูญเสียอิสระและมีเวลาย่างลดลง (Fetzgerald, 1989) ฉะนั้นการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านครอบครัวและสังคม อีกทั้งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล (Sheehan & Nuttall, 1988) นำมาซึ่งการปรับตัวทั้งในด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลแต่ละคน สำหรับผลการศึกษากครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยในระดับปานกลางนั่นเอง ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความพิการในระดับปานกลางจึงทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองในบางกิจกรรมได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรืออาจจะพึ่งพาผู้ดูแลเป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในระดับปานกลางเนื่องจากผู้ป่วยมีความพิการน้อยจึงสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ ได้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในการดูแลซึ่งแสดงถึงผลของการปรับตัวด้านบวกก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจต่อการดูแลนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ George & Gwyther (1984: 248-252) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีการรับรู้ถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและต้องใช้เวลาในการดูแลในกิจกรรมที่เป็นข้อจำกัดส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำและมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดการปรับตัวและความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2542) ที่พบว่าความต้องการในการดูแลซึ่งประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวทางลบ และในการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2540) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในส่วนของความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับของผู้ดูแล จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

4. ความสามารถในการทำนายระหว่าง การประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนาย การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถาน

การณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการ การดูแล สามารถร่วมกันทำนายนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การ ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงต้องพิจารณาตัดออกจากสมการ การทำนาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สำหรับลำดับความสำคัญของการทำนายพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่มี อิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับแรกในการทำนายน มีค่า Beta หรือ อำนาจการทำนายสูงสุด (Beta =.433) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลายาวนานในการรักษาและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อ ผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจในการ ดูแลเอาใจใส่ แต่ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ ใกล้ชิด (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2525) จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่นมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสามารถควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหาต่อผู้อุปสรรคต่างๆ อันเนื่องจากการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และการได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์นี้จะมีผลต่อการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ (Riegel, 1978 อ้างถึงใน คาราพรณ อุทัย, 2545) สอดคล้องกับแนวคิดของการสนับสนุน ทางสังคมที่กล่าว ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม (Roy, 1984 อ้าง ถึงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2540) มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลในทางบวก (Graydon and Roos, 1995: 525) และเป็นเสมือนกันคนที่ช่วยปะทะกับความกดดันหรือเป็นเครื่องกั้นไม่ให้ผู้ดูแลเผชิญ กับความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Brandt and Winert, 1981: 227) ฉะนั้นในการรับ บทบาทเป็นผู้ดูแล ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพราะจะให้ได้ทั้งความ ร่วมมือร่วมใจในการช่วยเหลือทางวัตถุและแรงงานในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับภารกิจ ต่างๆ เป็นการแบ่งเบาภาระได้ และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณค่าที่สามารถช่วย เหลือผู้ป่วยได้ เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย จากเหตุผลข้างต้นจึงบอกได้ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับการ ศึกษาต่างๆ มากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมหรือการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถ ทำนายนการปรับตัวของผู้ดูแลได้ (สุณี สุพรรณพสุ, 2544; สุมาพร บรรณสาร, 2545; Northouse, 1988; จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; คาราพรณ อุทัย, 2545) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติ ฐานของการวิจัย

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณความเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่า Beta หรือ อำนาจการทำนายรองลงมาจากตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = -.267) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลายาวนานในการรักษาและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความพิการนำมาซึ่งข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลเริ่มรับรู้และประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคตได้ ดัง Lazarus & Folkman (1984: 181-225) ได้กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์ของบุคคลแต่ละคนจะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านบุคคลของคนคนนั้นและธรรมชาติของการประเมินสถานการณ์ว่าคุณความต้องอาศัยข้อมูลจากสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความพิการในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในกิจกรรมบางอย่างเท่านั้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณความแก่ตนเองในระดับปานกลางและก่อให้เกิดผลกระทบต่อปรับตัวของผู้ดูแลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bakas & Burgener (2002) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณความสูงจะมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ทำการดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณความสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 11 ซึ่งจากผลการศึกษาความเครียดในบทบาทเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในด้านลบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

ตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาจากการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณความ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณเสีย โดยมีค่า Beta หรือ อำนาจการทำนายเท่ากับ -.227 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลทำการดูแลผู้ป่วยมานานซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 3 ปีขึ้นไป มุมมองในการประเมินสถานการณ์จึงมองไปในลักษณะอนาคตถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นมากกว่า ประกอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง จึงทำให้การประเมินสถานการณ์ในปัจจุบันมีลักษณะที่ไม่แย่งเงินไป จากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณเสียสามารถทำนายการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 8 และในการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2538) พบว่าการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณเสียสามารถทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่เป็นผู้ดูแลและการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณเสียซึ่งจะมีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา ซึ่งในการศึกษาครั้งนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

แลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพมาก และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและเป็นวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จึงแตกต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงของวัยกลางคน แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ดูแลบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพขณะที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลร้อยละ 32.5 ซึ่งจะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

ความต้องการการดูแลเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่า Beta หรือ อำนาจการทำนายรองลงมาจากตัวแปรการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย (Beta = -0.188) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานจึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ (Grant, 1996) และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อการใช้เวลาในการดูแลในกิจกรรมต่างๆ ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตยาทิพย์สำเหนียก (2543) ที่ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความพึงพอใจในการดูแลของญาติ พบว่าผู้ดูแลรับรู้ถึงความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในระดับปานกลางเนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อยจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก และยังพบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลามากที่สุด คือ การจัดการเรื่องการเดินทาง แต่ในบางงานวิจัยพบว่ากิจกรรมที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมปัญหาและการให้กำลังใจและการปลอบโยนอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดมาก (สุวรรณ วงศ์จรโรจน์, 2542 ; สมฤดี สิทธิมงคล, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีระดับความพิการมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้น้อย ดังการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2538: 76-87) และ Kammer (1993: 367-375 , 383-389) พบว่าถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปัญหาทั้งทางร่างกายและสติปัญญา มากนำมาซึ่งการรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ มาก จึงส่งผลให้เกิดความเครียดและ Depression มากแก่ผู้ดูแล และยังส่งผลทำให้ความพึงพอใจในการดูแลน้อยลงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเสื่อมลง และในการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2540) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในส่วนของความต้องการการดูแลสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ไม่ได้รับเลือกให้เข้าสมการทำนายเมื่อพิจารณาจากสมการคะแนนมาตรฐาน เพราะค่า P-value > 0.05 จึงทำให้ต้องตัดตัวแปรนี้ออกจากสมการทำนาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้เป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับในสังคมไทยมีวัฒนธรรมความเชื่อในความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การเคารพขนบต่ออนุพการี ผู้อาวุโส หรือหน้าที่ในการเป็นสมาชิกภรรยาที่

ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (นงลักษณ์ พันชมภู, 2540; ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2543) ดังนั้นถ้าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ว่าจะต้องทำหน้าที่ดูแลซึ่งลักษณะสังคมดังกล่าวมีผลให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและได้รับการยกย่องจากสังคม ประกอบกับคนไทยมีความเชื่อในบาปบุญและค่านิยมยกย่องผู้ที่มีความกตัญญูรู้คุณ (วิเชียร รักการะ, 2529) แต่ในบุคคลที่เป็นบุตรหรือสามีภรรยาที่ละเลยไม่ได้กระทำตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมคาดหวังให้มีต่อผู้ป่วยจะทำให้บุคคลเหล่านี้ถูกตราจากสังคมว่าเป็นบุคคลไม่ดีและอกตัญญู ฉะนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลอาจเกิดจากความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ ถึงแม้ว่าสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจะไม่ดีก็ตาม ดังนั้นสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยไม่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนาย ไม่ได้รับเลือกให้เข้าสมการทำนายเมื่อพิจารณาจากสมการคะแนนมาตรฐาน เพราะค่า P-value >.05 จึงทำให้ต้องตัดตัวแปรนี้ออกจากสมการทำนาย อาจเนื่องมาจากการรับบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ประกอบกับผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ในการดูแลมากมายเนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปด้วยความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป (Alkinson, 1992; Nolan & Grant, 1993) และจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความพิการแก่ผู้ป่วยก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องให้ความช่วยเหลือในส่วนของกิจกรรมที่เกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย มักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาด่วนหน้าได้ว่าทำอะไรเมื่อใด แต่สำหรับกิจกรรมที่เกิดจากปัญหาการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมหรือสภาพทางจิตอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น มักจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ได้ล่วงหน้า เพราะจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ขณะที่ทำการดูแลมากมาย โดยต้องคอยรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นบางครั้งบางคราว ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการดูแล เนื่องจากไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ในส่วนของพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วย (ปิรัตน์ ดวงสิน, 2545) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าไม่ได้เป็นสิ่งทำทนาย แต่จะประเมินว่าเกิดการสูญเสียหรือคุกคามกับการดำรงชีวิตของตนเอง ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทนายจึงไม่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าดี คุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแลสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยบางส่วน โดยจะสนับสนุนแนวคิดของการปรับตัวของ Lazaru & Folkman (1984) ที่กล่าวว่าการปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อการประเมินตัดสินสถานการณ์ (สูญเสีย คุณภาพ ทำหาย) โดยบุคคลแต่ละคนจะมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ความต้องการการดูแลเปรียบเสมือนความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญขณะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะมีความมากน้อยแตกต่างกันนั้นซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่ ประกอบกับถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอโดยสามารถดึงมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่เรื่องยากและไม่ต้องใช้เวลามากมายต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวมาศึกษา โดยที่การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนจากสังคม ซึ่ง Lazaru & Folkman กล่าวว่า แรงสนับสนุนจากสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียดและการปรับตัวของบุคคล และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการสนับสนุนจากครอบครัวจึงให้ความหมายที่สอดคล้องกับแนวคิดว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลจากการได้รับความรักและความผูกพัน รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งจากความหมายตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ จากการได้มีโอกาสปรึกษาหารือหรือปฏิบัติสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถทำความเข้าใจให้ความกระจ่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและเกิดการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยบางส่วนที่เคยศึกษา เช่นการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2538) พบว่าความเชื่อมโยงในการคิดริ้วของผู้ป่วย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 41 และ การศึกษาของ สมถิติ สิทธิมงคล (2542) พบว่า ความเครียดจากการดูแล อายุของผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

แลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.3 ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ในของการปรับตัวของบุคคล และ การศึกษาของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการ สนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวีได้ร้อยละ 79 ซึ่งจากผลการศึกษาทั้งหมดของงานวิจัยที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่ นำมาศึกษาจะส่งผลต่อการปรับตัวหรือผลลัพธ์ในการปรับตัวได้แตกต่างกัน

สรุปได้จากการวิจัยครั้งนี้ การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของ การดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ความต้องการการดูแล สามารถ ร่วมกันทำนุบำรุงการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 ซึ่งจะ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในบางส่วนเท่านั้น ส่วนค่าอำนาจการทำนายที่เหลืออีกร้อยละ 48 นำ จะเกิดจากตัวแปรตัวอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัจจัยในส่วน ของการสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมิน สถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแล โดยร่วมกันจัดวางแผนทางการ พยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีการปรับตัวที่ดีและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดรูปแบบการพยาบาลในการให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดให้มีการนำผู้ป่วย, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระหว่างรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวไป ในทางที่ดี

3. ควรมีการจัดหารูปแบบการพยาบาลในลักษณะต่างๆ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียและคุณภาพต่อการดำเนิน ชีวิตของตนเองให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปร การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย ในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยตัวอื่นๆ นอกเหนือจากที่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรทั้งหมดที่นำมาศึกษาสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อีก

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลในการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวไปในทางที่ดีและทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ในการศึกษาตัวแปรการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียและการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพนั้นอาจเลือกศึกษาเพียงตัวใดตัวหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันสูง ประกอบกับธรรมชาติของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพต้องอาศัยข้อมูลจากสถานการณ์ปัจจุบัน จึงทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองของการประเมินสถานการณ์ทั้ง 2 ชนิด มีลักษณะใกล้เคียงและคล้ายกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2544. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- กาญจนา ศิริวราศัย. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ก้านจิต ศรีนนท์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติ ลีมอภิชาติ. 2534. ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานันต์. 2538. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเชไอวี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2536. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา วิทยะสุกร. 2539. แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยาวัตร คมพักษณ์. 2531. “แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้.” วารสารพยาบาลศาสตร์. 6 (เมษายน-มิถุนายน): 96-105.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. 2540. ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาพสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณ. 2540. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. 2538. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาล, 43: 236-244.
- ชูชื่น ชีวิพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน. 2544. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิต.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. 2543. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร. 2539. ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐไชย ดันดิสุข. 2528. อิทธิพลทางสังคมของความเจ็บป่วย. ในปิติ พูนไชยศรี (บรรณาธิการ) สังคมวิทยาการแพทย์ (หน้า 340-345). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ดารารพรรณ อุทัย. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ พื้นชมภู. 2540. การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณัฏ แก้วภรณ์. 2533. ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2534. Epidemiology of Stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 11-37). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภา นิธยาชน. 2530. การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. 2540. ความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2537. การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (หน้า 133-164). กรุงเทพฯ:วิศิษฎ์สิน.
- ปิยรัตน์ ดวงสิน. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์. 2542. กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างเข้ารับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ติรไพรวงศ์. 2540. สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. 2535. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาริบัติพยาบาลสาร, 2(1) มกราคม-เมษายน: 84-94.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2546. การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. รามาชิปตีพยาบาลสาร, 9(2) มีนาคม-สิงหาคม: 109-110.
- รัตนา อยู่เปล่า. 2543. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2535. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล, 41: 9-19.
- วนิดา ยืนยง. 2537. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. 2544. แนวคิดในการสร้างเครื่องมือวิจัย. วารสารวิจัยทางการพยาบาลไทย, 5(3): 294-301.
- วิภาวรรณ ชะอ่อม. 2536. ภาระของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมาลา เจริญชัย. 2545. พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4): 33-38.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. 2543. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1, ฉบับที่ 4 (ต.ค.-ธ.ค.): 15-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. 2546. แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 15, ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค.): 1-9.
- สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2536. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2538. ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 76-87.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร ขำวิชา. 2539.
“แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง.” วารสาร
พยาบาลศาสตร์. 14 (เมษายน-มิถุนายน): 76-89.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2527. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคม
ศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- สุณี สุวรรณพสุ. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาพร บรรณสาร. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บ
ป่วย การสนับสนุนจากสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. 2541. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล. 2542. ความต้องการการดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- สมฤดี สิทธิมงคล. 2541. ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ. 2540. ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อ การลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่ กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุไร ขลุ่ยนาค. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. 2543. การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Aadrew.H.A. & Roy.C. 1991. The Roy adaptation model : The definite statement. Norwalk: Appleton & Lange.
- Alkinson, I. 1992. Experiences of informal cares providing nursing support for disabled dependants. Journal of Advanced Nursing,17 : 835-840.
- Archbold, P.G., Steward, B., Greenlick, M., & Harvath, T. 1990. Mutuality and Preparedness as predictors of caregiver role & train. Research in Nursing and Health, 13: 375-378.
- Bakas T., Burgener SC. 2002. Predict of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. Top Stroke Rehabilitation. 9(1) : 34-45.
- Baker, A.C. 1993. The spouse s positive effect on the stroke patient s recovery. Rehabilitation Nursing, 18 (1) : 30-33.
- Biegel, D.E., Milligan, S.E., Putnam, P.L.,& Song, L.Y. 1994. Predictors burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 30(5) : 473-494.
- Brand, P., and Weinert, C. 1981. The PRO-A social support meadure. Nursing Research, 30(5) : 277-280.
- Bull, M.J. 1990. Factor influencing family caregiver burden and health. Western Journal Of Nursing Research, 12(6) :758-776.
- Burn, N., and Grove, S.K. 2001. The practice of nursing research :Conduct,Critique&Utilization. 4rd ed. Philadephia : W.B. Saunders.
- Campbell, C.H. 1988. “Need of relations and helpfulness of support group in head injury” Rehabilitation Nursing, 13 (November-December 1988) : 320-325.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., Mc. Cubbin, M.A., & Hughes, S.H. 1991. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy. Oncology Nursing Forum, 18(8) : 1341-1347.
- Carol, E.S., et al. 1991. Adaptation in families with a member requiring mechanical ventilation at home. Heart & Lung, 20 (July) : 349-356.
- Cohen, S. and Wills, T.A. 1985. A Stress, Social Support and The Buffer Hypothesis. Psychological Bulletin 98 (September-October) : 310-357.

- Coyne, J.C. & Delogis, A. 1986. Going beyond social support the role of Social relationships in adaptation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (June) : 454-460.
- Cynthia S.et al. 2001. Caregiving Experiences After Stroke. Nursing Research, 50(1) : 53-59.
- Desrosier, M.B., Catanzaro, M., & Piller,J. 1992. Living with chronic illness : Social support and the well spouse perspective. Rehabilitation Nursing, 17 : 87-91.
- Ekberg, J.Y., Griffith, N. & Foxall, M.J. 1986. "Spouse Burnout Syndrome" Journal Of Advance Nursing, 11(3) : 161-165.
- Fetzgeraid, G. 1989. Effects of caregiving on caregiver spouses of stroke Victim. Axon, 10 (June) : 85-88.
- Gale Robinson-Smith, Carol Mahoney. 1995. Coping and Marital Equilibrium After Stroke. The American Association of Neuroscience Nurse, 24(2) : 67-73.
- Gallagher, T.J., Wagenfeld, M.O., Mars, F., & Haepers, K. 1994. Sense of coherence, Coping and caregiver role over load. Social Science and Medicine, 39 : 1615-1622.
- Gaydon, J.E., and Roos, E. 1995. Influence of Symtoms, Lung function, Mood, and Social support on Level of Functioning of patients with COPD. Research in Nursing & Health , 18 : 525-533.
- Gaynor, S.E. 1990. The long haul : The effects of home care on caregivers. Journal of Nursing Scholarship, 22(4) : 208-212.
- George, L.K. and Gwyther, L.F. 1986. Caregiver well-being : A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26 : 253-259.
- Given, B.A.& Given, C.W. 1991. Family caregiving for the elderly. Annal Review of Nursing Research, 9 : 77-101.
- Grant, JS. 1996. Home care Problem Experienced by Stroke Survivors and Their Family Caregivers. Home Healthcare Nurse, 4(11) : 893-902.
- Hoyert, D. and Seltzer, M.M. 1992. "Factors related to well bring and life activities of family caregivers." Family Relation, 41 (January) : 74-91.
- J Jill Sutor, Karl Pillermer. 1994. Family caregiving and marital satisfaction : Finding From a 1-year. Journal of Marrage and The Family, 56 (August) : 681-690.
- Keith, C. 1995. Family caregiving system : models , resousces , and values. Journal of Marriage and the Family, 57(2) :179-189.
- Kramer B. 1993. The Importance of relationship-focused coping strategies. Family Relation, 42 : 383-391.

- Kramer B. 1993. Marital history and the prior relationship as predictors of positive and negative outcomes among wife caregivers. Family Relation, 42 : 367-375.
- Lazarus, R. S and Folkman, S. 1984. Stress, Appraisal and coping. New York : Springer Publishing Company.
- McLean, J., Roper-Hall, A., Mayer, P. & Main, A. 1991. Service need of stroke survivors and their informal carers : a pilot study. Journal Of Advance Nursing, 16 : 559-564.
- Mishel, M. H. 1988. Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship, 20 : 225-232.
- Nolan, M. & Grant, G. 1993. Action research and quality of care : a mechanism of agreeing basic values as a precursor to change. Journal Of Advance Advance Nursing, 18 : 305-311.
- Norbeck, J.S. 1981. Social support : A Model for clinical Research and application. Advance In Nursing science, 37(2) : 91-95.
- Northouse, L.L. and Swain. 1987. Adjustment of patient and husbands to theInitial Impact of Breast Cancer. Nursing Research, 36 (July-August) : 221-225.
- Oberts, M.T. et al. 1989. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12 : 209-215.
- Oberts, M.T. et al. 1991. Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receieving radiotherapy. Cancer Nursing, 14(2) : 71-78.
- Periard, ME & Ames, BD. 1993. Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. Public Health Nursing, 10(4) : 252-256.
- Picot, S.J. 1995. Rewards, costs, and coping of African American caregivers. Nursing Research, 44(3) :147-152.
- Rabin,P.V. 1988. Psychosocial aspects of dementia. Journal Clinical Psychiatry, 49(3) : 29-31.
- Richard S, Scolt R. 1999. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. JAMA, December15, Vol 282(23).
- Robinson, K.M. 1990a. The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. Journal of Advanced Nursing, 15 : 788-795.
- Robinson, K.M. 1990b. Predictors of burden among wife caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International, 4 :189-203.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. 1995. Coping and marital equilibrium after stroke. Journal of Nuroscience Nursing, 27 : 83-89.

- Roy, S.C. 2002. Roy adaptation model. In J.B. George (ed.). Nursing theories pp. 206-207. New Jersey : Prentice Hall.
- Scholt op Reimer. 1998. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. Stroke, 29 : 1605-1611.
- Sheehan, N.W., and Nuttall, P. 1988. Conflict, Emotion and personal strain among family caregivers. Family Relation, 37 : 92-98.
- Sirapo-ngam, Y. 1994. Stress, caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson s patient. Doctoral dissertation of Science in Nursing University of Alabama at Birmingham.
- Stommel, M., & Kingry. M. 1991. Support patterns for spouse-caregivers of cancer patients : The effect of the presence of minor children. Cancer Nursing, 14(4) : 200-205.
- Snyder, M. et al. 1991. Complex Health Problem : Clinically Assessing Self-Management Ability. Journal of Gerontological Nursing, 17(4) : 23-27.
- Wade, D.T., Legh-Smith, J., & Hewer, R.L., Skillbeck, C.E. 1986. Effects of living with and looking after survivors of stroke. British Medical Journal, 293 : 418-420.
- Walker, A.J., Pratt, C.C., Shin, Hwa-Yong, & Jones, L.L. 1990. Motives for parental caregiving and relationship quality. Family Relation, 39(1) : 51-56.
- Walker, A.J., Martin, S.S., & Jones, L.L. 1992. The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. Journal of Gerontological Nursing, 47 (5) :130-139.
- Walker, A.J., Pratt, C.C., Shin, & Eddy, L. 1995. Informal caregiving to aging family members. Family Relation, 44(10) : 402-411.
- Wallhagen, MI. 1992. Caregiving Demands : Their Difficulty and Effects on the Well-Being of Elderly Caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International, 6(2) : 111-127.
- Winslow , B.W. 1997. Effects on formal supports on stress outcome in family caregivers of Alzheimer patients. Research in Nursing & Health, 20(1) : 27-37.
- Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M. 1986. Subjective burden of husbands and wives as caregivers : longitudinal study. Gerontologist, 26(3) : 260-266.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี
รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
น.ต. หญิง ดร. โสพรรณ โททะยะ	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
นางสาววิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร	ฝ่ายการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลง (✓) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ()1. ชาย ()2. หญิง
3. สถานภาพสมรส ()1. โสด ()2. คู่
()3. ม่าย ()4. หย่า ()5. แยก
4. ศาสนา ()1. พุทธ ()2. คริสต์ ()3. อิสลาม
5. ระดับการศึกษา ()1. ระดับประถมศึกษา ()2. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
()3. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ()4. ระดับอาชีวศึกษา
()5. ระดับปริญญาตรี ()6. สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. อาชีพ ()1. รับจ้าง ระบุ.....
()2. ค้าขาย ระบุ.....
()3. รับราชการ ระบุ.....
()4. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน
()1. ต่ำกว่า 5000 บาท
()2. 5000-10000 บาท
()3. มากกว่า 10000 บาท
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
()1.สามี หรือ ภรรยา
()2. บุตร
()3. พี่น้อง
()4. อื่นๆ ระบุ.....
9. ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป
()1. เจ็บป่วยบ่อย
()2. แข็งแรงดี
10. โรคประจำตัว ระบุ.....
11. อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย
()1. มี ระบุ.....
()2. ไม่มี
12. ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย
()1. มี ระบุบุคคลที่ช่วยเหลือ.....
()2. ไม่มี
13. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย ในการคัดเลือกผู้ดูแลที่ทำการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตและสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละด้านผู้วิจัยจะทำการเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความนั้น

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึก

รู้สึกตัวดี	4	คะแนน
สับสน ไม่รู้กาลเวลาและ/หรือสถานที่ และ/หรือบุคคล	3	คะแนน
ไม่รู้สีกตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	2	คะแนน
ไม่รู้สีกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	1	คะแนน

ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ทำเองได้ทั้งหมด	3	คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	2	คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	1	คะแนน

ด้านที่ 3 การเข้าสังคม

เข้าสังคมได้ตามปกติ	4	คะแนน
เข้าสังคมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย	3	คะแนน
เข้าสังคมได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	2	คะแนน
เข้าสังคมไม่ได้เลย	1	คะแนน

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ	4	คะแนน
กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่	3	คะแนน
พักงานหรือการเล่าเรียน(หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย)	2	คะแนน
ออกจากงานหรือการเล่าเรียน	1	คะแนน

คะแนนรวม

คะแนน

แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านต่างๆ ดังนี้ ความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การมีโอกาสนั่งดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวของท่าน ในเวลาที่ท่านต้องดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					✓

แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นกับท่าน (ผู้ดูแล) และผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน ในขณะที่ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านตลอดเวลา
รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
รู้สึกเช่นนี้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง
รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยมาก
ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด	รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา
1.ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน				✓	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความต้องการการดูแล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับงานที่ท่านทำในระหว่างดูแลผู้ป่วย งานแต่ละอย่างอาจจะใช้เวลามากน้อยต่างกัน โปรดอ่านแต่ละกิจกรรมโดยให้เลือกคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้นต้องใช้เวลาในการทำมาก
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้นต้องใช้เวลาในการทำปานกลาง
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้นต้องใช้เวลาในการทำน้อย
ไม่เลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลาในการทำเลย

ตัวอย่าง

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้			
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (การฉีดยา ทำแผล ให้อาหารทางสายยาง ดูแลเสมหะ วัดความดันโลหิต ใส่สายสวนปัสสาวะ สวนอุจจาระ ทำกายภาพบำบัดและอื่นๆ			✓	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกที่ท่านอาจจะมีได้ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย โปรดอ่านแต่ละข้อความแล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ และมากน้อยเพียงไร โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
ไม่เลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลผู้ป่วยทำให้คนอื่นชื่นชมในตัวฉัน				✓	

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลผู้ป่วยทำให้คนอื่นชื่นชม ในตัวเอง					
2. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ฉันมี ความเครียดเพิ่มขึ้น					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
28. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ฉันได้ พัฒนาความสามารถของตนเอง					
29. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ฉันได้ ตอบแทนผู้มีพระคุณ					
30. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ฉันรู้สึก ว่าเป็นคนที่มีประโยชน์และสามารถ ช่วยผู้อื่นได้					

แบบสอบถามการปรับตัว

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านมีการปรับตัวด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านการทำงานที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ ด้านภาวะสุขภาพ ในเวลาที่ท่านต้องดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านสามารถร่วมกิจกรรมของสังคมในชุมชนหรืองานสังสรรค์เช่นเดิม				✓	



ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ห้มีดังนี้

1. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุดด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	S_t^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. กำหนดหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล ระดับความพิการของผู้ป่วย รายได้ ศาสนา

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	F	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	X	คือ	ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)
	N	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	SD	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ

r_{xy}	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
$\sum x$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
$\sum y$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
$\sum xy$	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
$\sum x^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
$\sum y^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
n	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. หาตัวทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 สร้างสมการทำนายตัวแปรเกณฑ์ ด้วยการทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตัวทำนาย คือ เลือกเอาตัวทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับตัวแปรเกณฑ์ที่มีค่าสูงสุด เป็นตัวทำนายตัวแรกเข้าสมการก่อน และเอาตัวทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ารองลงมาเข้าสมการ

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

y คือ คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการทำนาย

a คือ ค่าคงที่

b_1, b_2, \dots, b_k คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ

x_1, x_2, \dots, x_k คือ คะแนนดิบของตัวทำนายแต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2 + \dots + \beta_k Z_k$$

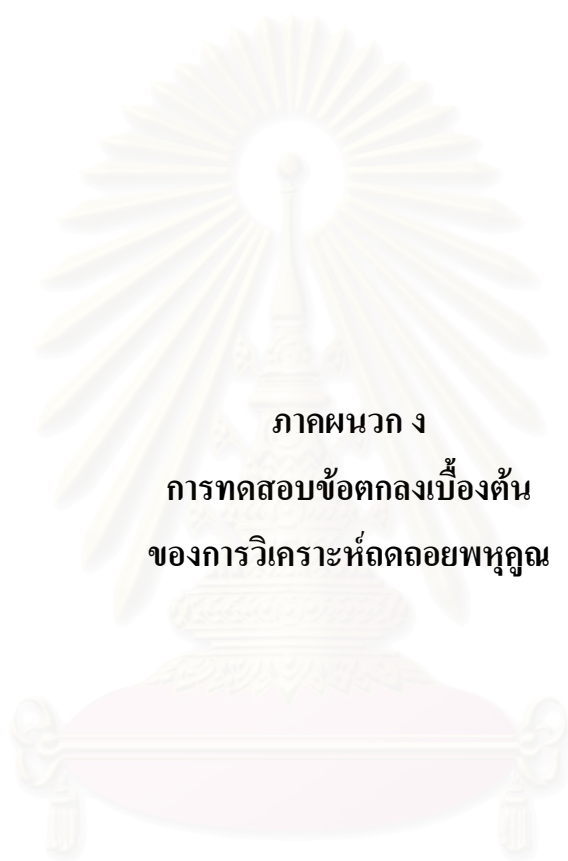
เมื่อ Z_y	คือ	คะแนนมาตรฐานของตัวแปร
$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนน
Z_1, Z_2, \dots, Z_k	คือ	คะแนนมาตรฐานของตัวทำนายแต่ละตัว

5.2 หาสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

R^2	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
SS_{reg}	คือ	ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรทำนาย
SS_1	คือ	ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสามารถของตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ในการร่วมทำนายตัวแปรตาม 1 ตัว คือ การปรับตัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นก่อนทำการวิเคราะห์ จะต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอย ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อน (error or residual) การที่ผู้วิเคราะห์จะนำสมการ $Y' = a + bx$ ไปประยุกต์ใช้ในการทำนาย Y เมื่อกำหนดค่า X จะต้องมีความมั่นใจในความถูกต้องของสมการ $Y' = a + bx$ โดยจะต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยเกี่ยวกับค่าคลาดเคลื่อน ($e_i = Y_i - Y'_i$) ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน = 0

การหาค่า a และ b โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้

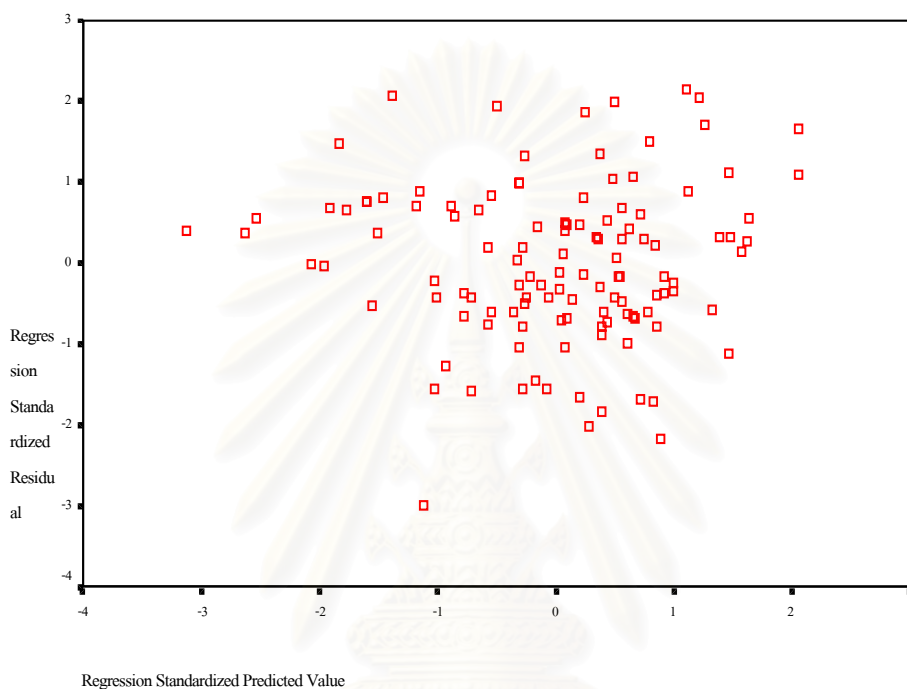
$$\sum e_i = 0$$

$$\text{ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน} = \frac{\sum e_i}{n} = \frac{0}{n} = 0$$

ดังนั้นข้อตกลงข้อนี้จึงเป็นจริงเสมอ

2. ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน $\text{Var}(e)$ ต้องคงที่ทุกค่าของ X ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณา Scatter plot ระหว่าง Y กับ e กระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ ระหว่าง -3 ถึง 3 ถือว่าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ แต่ถ้าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่คงที่หรือไม่เท่ากันทุกค่าของ X แสดงว่าเกิดปัญหา Heteroscedastic สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จากการทำ Scatter plot พบว่าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน $\text{Var}(e)$ เท่ากันทุกค่าคงที่ทุกค่าของ X โดยมีการกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงไม่เกิดปัญหา Heteroscedastic ดังแผนภาพที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กราฟทดสอบความแปรปรวนมีค่าคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic) เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง Y กับ e มีค่า e กระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ ในกรณีนี้ถือว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่



3. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติ Durbin Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีค่า Durbin Watson = 1.746 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Autocorrelation

4. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบ Normal distribution ซึ่งสามารถทดสอบได้ดังนี้

4.1 ให้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งหลักการของการทดสอบนี้คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่าง กับค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลภายใต้สมมติฐานว่าประชากรหรือข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำ แสดงว่าการแจกแจงเป็นแบบปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544: 285) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย มีค่า $P < .05$ (ดังตารางที่ 12) ดังนั้นแสดงว่า ข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว มีการแจก

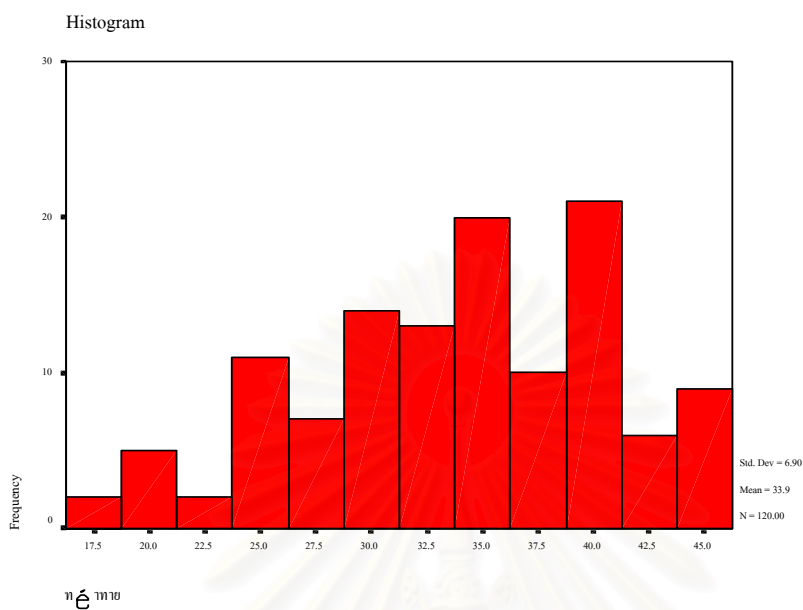
แจกแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แต่การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับตัว มีค่า $P > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งควรทดสอบวิธีอื่นร่วมด้วยต่อไป

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

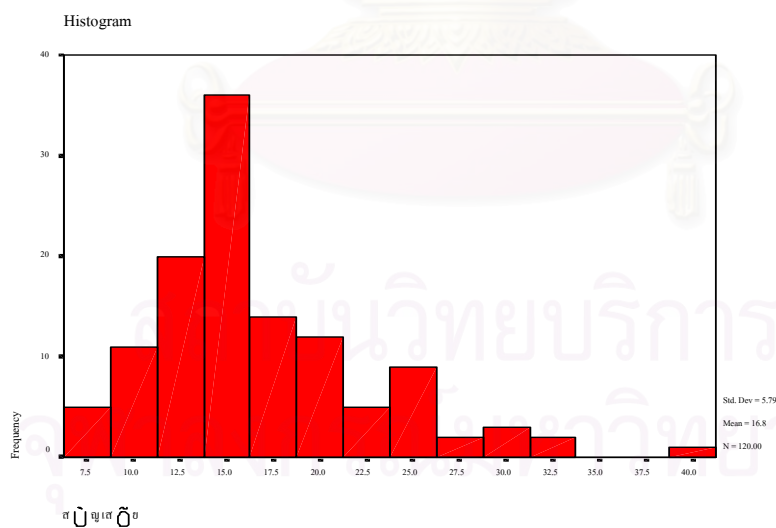
ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
คุณภาพ	.073	.177
สูญเสีย	.152	.000
ทำหาย	.087	.027
ความต้องการการดูแล	.076	.084
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย	.122	.000
การสนับสนุนจากครอบครัว	.069	.200
การปรับตัว	.061	.200

4.2 ทดสอบโดยการทำ Histogram ซึ่งมีวิธีการสร้างโดยคำนวณพิสัยข้อมูลค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดของข้อมูล แล้วแบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนๆ โดยมี Class interval เท่ากัน ความยาวของแต่ละจะแทนความถี่ของข้อมูล ซึ่งในการพิจารณาว่ามีการแจกแจงแบบสมมาตรหรือไม่ นอกจากจะพิจารณากราฟแล้ว ควรพิจารณาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) ประกอบด้วย ถ้าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานเป็นตัวเดียวกันแสดงว่าข้อมูลมีความสมมาตร หรือถ้ามีค่าใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีการแจกแจงของข้อมูลค่อนข้างสมมาตร สำหรับผลการทดสอบเมื่อพิจารณาจาก Histogram พบว่าการแจกแจงของข้อมูลความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับตัว มีลักษณะค่อนข้างสมมาตรและเกือบเป็นโค้งปกติ ซึ่งสนับสนุนการทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov สำหรับการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย มีลักษณะเบ้ขวา การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำหาย มีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย มีลักษณะเบ้ซ้ายมาก ซึ่งบ่งบอกว่าการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ แต่การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพมีค่าเบ้ขวาน้อยค่อนข้างสมมาตร เกือบเป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่สนับสนุนการทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test แต่เมื่อพิจารณาจากค่าของ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีค่า $P = .177$ ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 ตามทฤษฎี

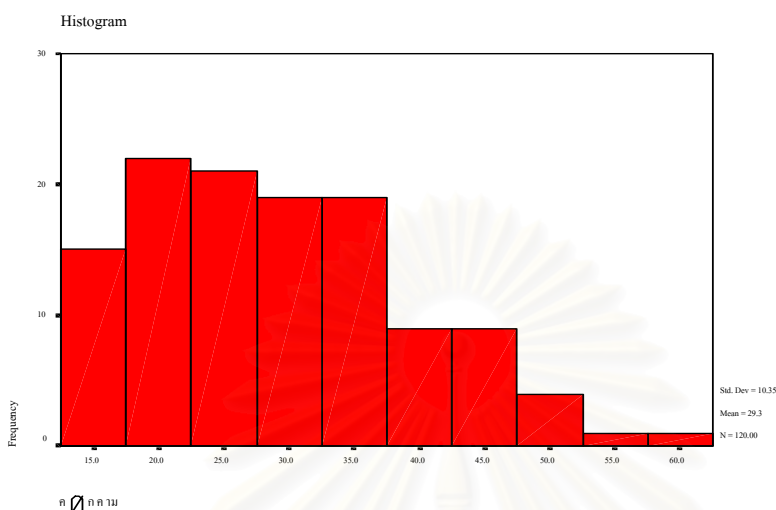
แผนภูมิที่ 2 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ทำทนาย เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามึลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย



แผนภูมิที่ 3 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้สูญเสีย เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามึลักษณะเบ้ขวามาก

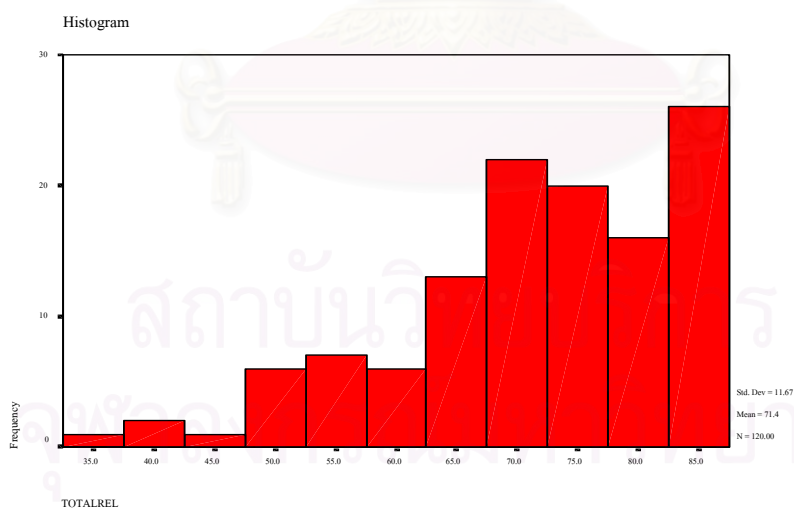


แผนภูมิที่ 4 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามึลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย

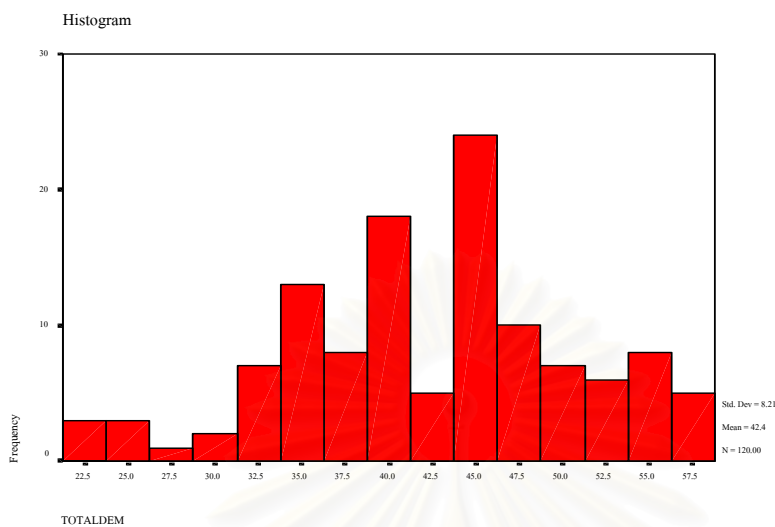


ก ๐ ถ ก น

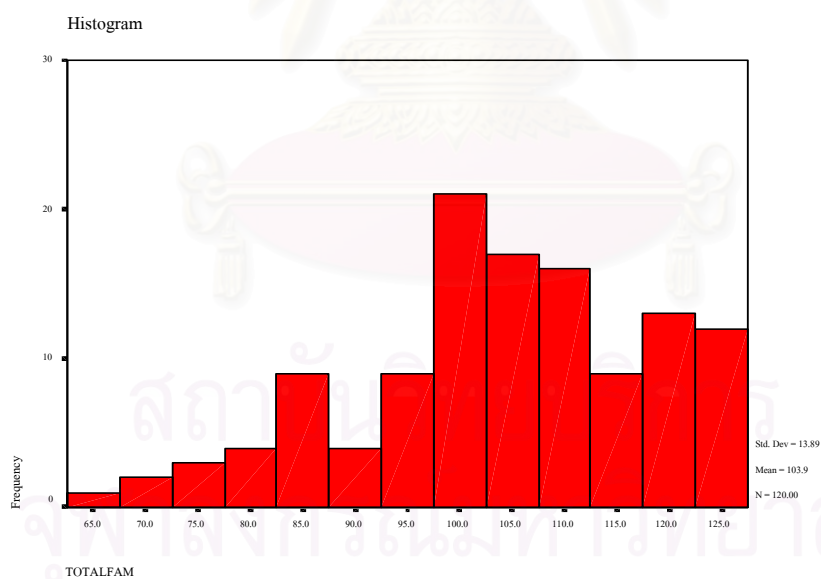
แผนภูมิที่ 5 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามึลักษณะเบ้ซ้ายมาก



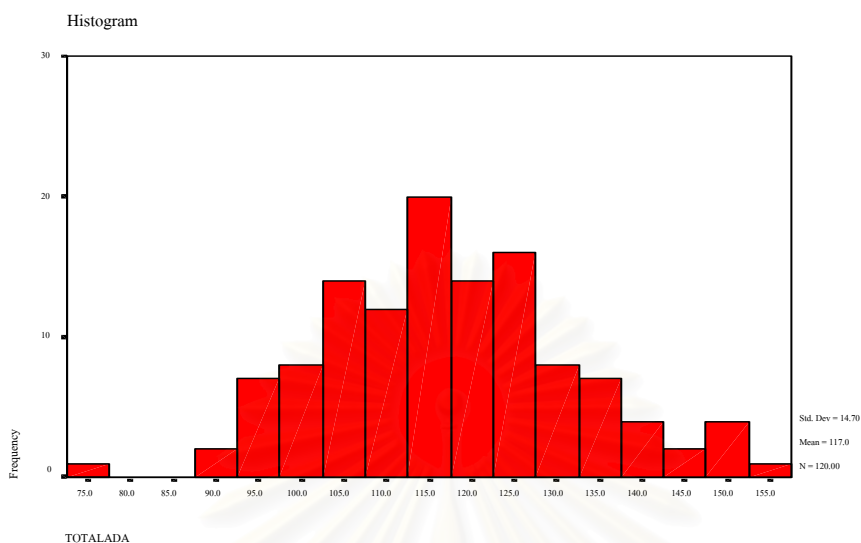
แผนภูมิที่ 6 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของความต้องการการดูแล เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามีลักษณะก่อนข้างสมมาตร



แผนภูมิที่ 7 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่ามีความลักษณะก่อนข้างสมมาตร



แผนภูมิที่ 8 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการปรับตัว เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่า มีลักษณะค่อนข้างสมมาตร



5. ตัวแปรต้น ไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยวิธีการดังต่อไปนี้

5.1 ใช้วิธี Simple correlation technique เมื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทุกตัวจะได้ correlation matrix ถ้ามีค่า Correlation มากกว่า .80 ขึ้นไป ถือว่าเกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้ง 6 ตัว มีค่าอยู่ระหว่าง .003-.793 ซึ่งไม่มีค่าที่มากกว่า .80 ขึ้นไป จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity โดยพบว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กันเองมากที่สุดคือ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลคุณภาพ (r=.793) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัวกับสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (r= .542) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำนายกับการสนับสนุนจากครอบครัว (r=.534) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำนายกับสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (r=.382) ความต้องการการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลคุณภาพ (r=.274) ความต้องการการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย (r=.209) ความต้องการการดูแลกับสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (r=.176) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (r=-.149) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำนายกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลคุณภาพ (r=.110) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลคุณภาพกับสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย (r=-.101) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภาพของครอบครัว (r=-.084) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลคุณภาพกับการสนับสนุนจากครอบครัว (r=-.058) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลที่ทำนายกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย

เสีย ($r=.057$) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาทายกับความต้องการการดูแล ($r=.048$) การสนับสนุนจากครอบครัวกับความต้องการการดูแล ($r= -.003$)

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทาทาย ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (Multicollineary) (N=120)

ตัวแปร	คุณภาพ	สูญเสีย	ทำทาทาย	ความต้องการ การดูแล	สัมพันธภาพ ของผู้ดูแลที่ มีต่อผู้ป่วย	การสนับสนุน จากครอบครัว
คุณภาพ	1					
สูญเสีย	.793*	1				
ทำทาทาย	.110	.057	1			
ความต้องการ การดูแล	.274*	.209*	.048	1		
สัมพันธภาพ ของผู้ดูแล ที่มีต่อผู้ป่วย	-.101	-.149	.382*	.176	1	
การสนับสนุน จากครอบครัว	-.058	-.084	.534*	-.003	.542*	1

* $p < .05$

5.2 พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ 0) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมี Multicollinearity ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าไม่มี

ปัญหาเรื่อง Multicollinearity ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .359 - .992 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity (ดังตารางที่ 14)

5.3 พิจารณาจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณได้จากส่วนกลับของค่า Tolerance ถ้าค่า VIF มีค่ามาก แสดงว่าตัวแปรนั้นเกิด Multicollinearity ค่า VIF ที่ยอมรับได้ไม่ควรเกิน 10 (Hair et al., 1998 อ้างถึงใน คาราพรณ อุทัย, 2545) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.008 - 2.787 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity (ดังตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ค่า Tolerance และค่า VIF ของ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทายน ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ	.359	2.787
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย	.370	2.706
การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำทายน	.695	1.440
ความต้องการการดูแล	.925	1.081
การสนับสนุนจากครอบครัว	.992	1.008
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย	.653	1.530



ภาคผนวก จ
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มี
ต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวกรรณิกา กงหอม

ที่อยู่ 183/434 ถ. สรงประภา ต. ลีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ 10210

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบ
ถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดัง
กล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อ
ใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติ
ตัวตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษา
ทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้
ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัย
กลายเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งานใจที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

.....
(.....)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....
(.....)
ลงนามพยาน

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ชุด คือ 1) แบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแล 2) แบบวัดความต้องการในการดูแล ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา จากวิทยานิพนธ์เรื่องแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในสถานะผู้ดูแล (2536)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาววิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ที่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหะปรมาณ

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ที่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์การดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ของเรียนเชิญ นาวาอากาศตรีหญิง ดร. ไสพรธณ โปะทะยะ ตำแหน่งพยาบาลประจำกรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัทญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาวาตรีหญิง ดร. ไสพรธณ โปะทะยะ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ที่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน และเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย แบบสอบถาม การประเมินสถานการณ์ของการดูแล แบบสอบถามความต้องการการดูแล แบบสอบถาม สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถาม การปรับตัว ทั้งนี้ขอกความกรุณาในการทดลองใช้เครื่องมือในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2547 ที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกรรณิกา คงหอม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ที่อนิสิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กฎเกณฑ์ 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุทธศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิกา คงหอม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความต้องการการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตขอความกรุณาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในเดือนกฎเกณฑ์-พฤษภาคม 2547 ที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทยุทธศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกรรณิกา คงหอม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ที่นินิต

นางสาวกรรณิกา คงหอม โทร. 04-0219980

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกรรณิกา คงหอม เกิดวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ในปีการศึกษา 2538 เข้ารับราชการกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จังหวัดกรุงเทพฯ และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย