

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์
จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Related to the Need for Care by Family Physician Care Team
of the Stroke Caregivers in Area of Responsibility of the 50th Anniversary
Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province

Kakkanumporn Warong, M.D.

Thai Board of Family Medicine

Division of Social Medicine

50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

Ubon Ratchathani Province

คัคนัมพร วรรณรงค์ พ.บ.

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์

จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่แม้จะไม่เสียชีวิต แต่ก็ก่อให้เกิดความทุกข์ยากจากความพิการ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต การดูแลเป็นระยะเวลายาวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รับภาระในการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการต่างๆ ซึ่งจะมากน้อยในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพในครอบครัว และความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study)

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มประชากรคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เรลเอทีแอล ≤ 11 และอาศัยอยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวในทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการด้านการดูแลสุขภาพและความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมากและดี (ร้อยละ 56.0 และ 42.4 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย (ร้อยละ 53.6) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (p -value=0.018) ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.274$, $p = 0.002$) และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.265$, $p = 0.003$) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะคือ ทีมแพทย์ครอบครัวควรมีมาตรการเชิงบวกที่ส่งเสริมพลังทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และมีการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลโดยทีมหมอบครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก พบความสัมพันธ์ในทางบวกของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว และพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันสัมพันธ์สภาพในครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ทีมหมอบครอบครัว

Abstract

Background: Stroke is a disease that, although not fatal, But it caused misery from disability. Which requires the help of others throughout life Long-term care will affect the quality of life of patients and their families. The caregiver is the person who bears the burden of helping meet various needs. Which will be more or less on each side that is different.

Study style: cross-sectional analytical study

Objective: To study the ability to care for stroke patients family relationship and the need for care by family physicians of stroke caregivers. Factors related to the need for care by a family physician team of caregivers of stroke patients in the care area of the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province.

Methods: The demographic is caregivers of stroke patients with a Barthel ADL Index score ≤ 11 and residing in the hospital's area of the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province are 180 peoples. Data were collected from December 2022 to May 2023 and analyzed using percentage, mean, standard deviation and test statistics, namely Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Chi-square test.

Results: The sample group had the need for care by the family doctor team in all aspects at a high level. Considering each aspect, it was found that the sample group, who were caregivers, needed spiritual empowerment by the family medical team the most. Followed by health care needs and mental support needs. The subjects had very good and good family relationships (56.0% and 42.4%, respectively), and most had low stress (53.6%). Previous experience in caring for patients was related to the need for care by the family medical team. (P -value=0.018). Caregivers' age was at a low negative correlation with the need for care by family physicians. There was a statistical significance at the 0.01 level ($r=-0.274$, $p=0.002$), and caregiver stress had a low positive correlation with the need for care by the family physician team. Statistically significant at the 0.01 level ($r=0.265$, $p=0.003$). The family medical team should take positive measures that foster spiritual energy for caregivers and patient care skill training for caregivers of stroke patients on a regular basis

Conclusion: The sample group had overall need for care by the family doctor team at a high level. There was a positive correlation between caregivers' stress and needs for care by the family medical team. And it was

found that the number of hours caring for patients per day, family relationships, and ability to care for patients. There was no correlation with the need for care by the family physician team of stroke caregivers.

Keywords: Caregiver, Stroke patient, Family doctor team

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า Stroke¹ คือ ภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการสมองขาดเลือดจะเกิดแบบเฉียบพลัน มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด โดยอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่อาจทำให้เกิดความพิการระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดบวมจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ กล้ามเนื้อเกร็ง ข้อติด รวมทั้งภาวะ ซึมเศร้า เป็นต้น² ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น³ อาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด หากเกิดอาการหลอดเลือดแตกจะแสดงอาการทันที ร่วมกับอาการปวดหัวรุนแรง อาเจียน หมดสติหรือมีอาการชัก สำหรับอาการฉุกเฉินจะตรวจพบได้ในขั้นต้นของการประเมินสภาวะของผู้ป่วย เช่น มีกล้ามเนื้อใบหน้าและแขนขาอ่อนแรง การรักษาที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง เพราะยิ่งปล่อยไว้อาจทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น เสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต⁴ ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ⁵ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560- 2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ใน ปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่า 249.37, 269.83, 279.95 และ 303.45 ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่แม้จะไม่เสียชีวิต แต่ก็ก่อให้เกิดความทุกข์ยากจากความพิการ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต การดูแลเป็นระยะเวลายาวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รับภาระในการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการต่างๆ มากน้อยในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน จากสถิติย้อนหลังพบผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลเข้ารับคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิจิตรลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยปี 2562-2564 พบ 98, 128 และ 150 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัว มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จึงเห็นถึงความสำคัญของการนำแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความประสงค์จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อค้นหาปัญหาและส่วนขาดมาใช้ในการวางแผนการจัดบริการและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมหมอครอบครัว ให้ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพในครอบครัว และความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มของประชากรคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ≤ 11 และอาศัยอยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 180 คน โดยจะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 125 ตัวอย่าง ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ≤ 11 และอาศัยอยู่ในเขตการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมหมอครอบครัว หากค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ 0.78 ตามลำดับ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาทำการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติทดสอบ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) หากค่าระหว่างตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติดังกล่าว ผู้ทำการวิจัยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Release 22.0

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566 - 004 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

กลุ่มประชากรและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มของประชากรคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ≤ 11 และอาศัยอยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 180 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane⁶ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 125 คน ดังนี้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตร Taro Yamane คือ
$$n = N \div (1 + Ne^2)$$
$$n = 180 \div [1 + (180)(0.05)^2] \quad n = 124.10$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของงานวิจัยนี้คือ 125 ราย

โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ≤ 11 และอาศัยอยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2565

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 125 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องเป็นผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัว
- 2) ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน
- 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจากถูกจ้างมาดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เกณฑ์การยุติการศึกษา

- 1) ผู้ดูแลถอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยมีอยู่ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ อรอนงค์ กุลณรงค์ และคณะ⁷ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนน ดังนี้

ในข้อแสดงสัมพันธ์ภาพเชิงบวก กำหนดค่าคะแนน ดังนี้
 ไม่เห็นด้วย = 1 เห็นด้วยน้อย = 2 เห็นด้วยปานกลาง = 3 เห็นด้วยมาก = 4

ในข้อแสดงสัมพันธ์ภาพเชิงลบ กำหนดค่าคะแนน ดังนี้
 ไม่เห็นด้วย = 4 เห็นด้วยน้อย = 3 เห็นด้วยปานกลาง = 2 เห็นด้วยมาก = 1

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4.00 - 1.00}{4} = 0.75$$

นำค่าที่ได้มากำหนดระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75	หมายถึง ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50	หมายถึง ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25	หมายถึง ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี
คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00	หมายถึง ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 15 ข้อซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของรสศุคนธ์ เจืออุบลมัย⁸ ลักษณะคำตอบมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ ระดับความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ได้เลย ได้บางส่วน ได้ทั้งหมด หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ให้	0 คะแนน	ไม่ได้เลย ให้	0 คะแนน
ได้บางส่วน ให้	1 คะแนน	ได้ทั้งหมด ให้	2 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 – 2.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{2.00 - 0.00}{3} = 0.67$$

นำค่าที่ได้มากำหนดระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.67	หมายถึง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.34	หมายถึง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.35-2.00	หมายถึง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย TS-5⁹ จำนวน 5 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แทบไม่มี ให้	0 คะแนน	เป็นบางครั้ง	1 คะแนน
เป็นบ่อยครั้ง	2 คะแนน	เป็นประจำ	3 คะแนน

และแบ่งผลของคะแนนรวมเป็น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน คือ เครียดน้อย

5 - 7 คะแนน คือ เครียดปานกลาง

8 - 9 คะแนน	คือ เครียดมาก
10 - 15 คะแนน	คือ เครียดมากที่สุด

แบบประเมินความเครียด (ST-5) สอดคล้องกับแบบประเมิน Thai-HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย) โดยมีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ $p < 0.01$

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ไม่มีเลย มีน้อย มีปานกลาง มีมาก มีมากที่สุด จำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของกุลธิดา พานิชกุล² และ รสศุคนธ์ เจืออุบลมัย⁸ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีความต้องการ ให้	0 คะแนน	มีความต้องการเล็กน้อย ให้	1 คะแนน
มีความต้องการปานกลาง ให้	2 คะแนน	มีความต้องการมาก ให้	4 คะแนน
มีความต้องการมากที่สุด ให้	5 คะแนน		

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4.00 - 0.00}{3} = 1.33$$

นำค่าที่ได้มากำหนดระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33	หมายถึง ต้องการในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.66	หมายถึง ต้องการในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.67-4.00	หมายถึง ต้องการในระดับมาก

และแปลผลค่าคะแนนโดยรวมของความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งระดับความต้องการเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{56 - 0}{3} = 18.6$$

ได้ค่าคะแนนแต่ละช่วงชั้น ดังนี้

ค่าคะแนน	0-19	คะแนน หมายถึง	มีความต้องการในระดับน้อย
ค่าคะแนน	20-38	คะแนน หมายถึง	มีความต้องการในระดับปานกลาง
ค่าคะแนน	39-56	คะแนน หมายถึง	มีความต้องการในระดับมาก

โดยแบ่งกลุ่มระดับความต้องการออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มมีความต้องการในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง	ค่าคะแนนอยู่ในระดับ 0-38 คะแนน
กลุ่มที่มีความต้องการในระดับมาก	ค่าคะแนนอยู่ในระดับ 39-56 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามสัมพันธ์สภาพในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ 0.78 ตามลำดับ

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 อายุเฉลี่ย 45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ โสด และหม้าย (ร้อยละ 72.8, 16.0 และ 8.8 ตามลำดับ) มีระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงทำงานอยู่ในปัจจุบัน โดยทำงานประจำร้อยละ 53.6 และทำงานเป็นบางวันร้อยละ 42.4 อาชีพหลักส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้างร้อยละ 50.4 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 39.2 และมีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สินร้อยละ 29.6 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือเป็น ลูกชาย/ลูกสาว, หลาน/เหลน, และภรรยา (ร้อยละ 60.0, 16.0 และ 12.8 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.2) ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.2 และ 4.8 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.8 ไม่มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 93.6) กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8.7 ชั่วโมงต่อวัน เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความรัก/ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย และถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ (ร้อยละ 82.4 และ 79.2 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.2 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ร้อยละ 40.8 ยังมีภาระต้องดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.6 ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=125 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 44.9 (12.9) ปี	
เพศ	
ชาย	26 (20.8)
หญิง	99 (79.2)
สถานภาพสมรส	
โสด	20 (16.0)
คู่	91 (72.8)
หม้าย	11 (8.8)
หย่า/แยก	3 (2.4)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (2.4)
ประถมศึกษา	45 (36.0)
มัธยมศึกษา	36 (28.8)
ปวส. / อนุปริญญา	10 (8.0)
ปริญญาตรี	25 (20.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	6 (4.8)
การทำงานในปัจจุบัน	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ได้ทำงาน	5 (4.0)
ทำงานเป็นบางวัน	53 (42.4)
ทำงานเป็นประจำ	67 (53.6)
อาชีพหลัก	
ข้าราชการ	15 (12.0)
พนักงานเอกชน	14 (11.2)
รัฐวิสาหกิจ	8 (6.4)
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	20 (16.0)
รับจ้าง	63 (50.4)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (4.0)
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	37 (29.6)
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	21 (16.8)
เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บ	49 (39.2)
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ	18 (14.4)
การมีโรคประจำตัวของคู่ดูแลผู้ป่วย	
<i>ไม่มี</i>	104 (83.2)
<i>มี</i> โดยเป็นโรค	21 (16.8)
ความดันโลหิตสูง	14 (11.2)
แผลในกระเพาะอาหาร	1 (0.8)
เบาหวาน	6 (4.8)
ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย	
<i>ไม่มี</i>	111 (88.8)
<i>มี</i> โดยเป็น	14 (11.2)
อ่อนเพลีย	10 (8.0)
ภาวะความดันโลหิตสูง	4 (3.2)
ความเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ลูกชาย ลูกสาว	75 (60.0)
ภรรยา	20 (16.0)
หลาน เหลน	16 (12.8)
สามี	6 (4.8)
ญาติพี่น้องที่อาศัยในบ้านเดียวกัน	5 (4.0)
พ่อ แม่	2 (1.6)
พี่น้อง	1 (0.8)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของคู่ดูแลผู้ป่วย	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	117 (93.6)
มี	8 (6.4)
จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 8.7±4.6 ชั่วโมง	
เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
หน้าที่/ความรับผิดชอบ	99 (79.2)
ความรัก/ความผูกพัน	103 (82.4)
ไม่มีบุคคลอื่นที่จะมาดูแลผู้ป่วย	79 (63.2)
การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย	
<i>ไม่มี</i>	94 (75.2)
<i>มี</i> โดยเป็น	31 (24.8)
ลูก	15 (12.0)
หลาน หลาน	6 (4.8)
พี่น้อง	4 (3.2)
พ่อแม่	3 (2.4)
สามีภรรยา	3 (2.4)
การต้องดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย	
<i>ไม่มี</i>	74 (59.2)
<i>มี</i> โดยเป็น	51 (40.8)
หลาน หลาน	19 (15.2)
พี่น้อง	12 (9.6)
สามี	9 (7.2)
พ่อแม่	6 (4.8)
ลูก	5 (4.0)
การเคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ไม่เคย	62 (49.6)
เคย โดยได้รับการฝึกฝนจากโรงพยาบาล หรือ รพ.สต.	63 (50.4)

ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.2) มีอายุเฉลี่ย 71 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วเฉลี่ย 5.8 ปี ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ (ร้อยละ 52.8) สิทธิการรักษาอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 74.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ร้อยละ 68.8) ผู้ป่วยร้อยละ 60.8 ไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการสับสนในด้านความจำบางครั้ง (ร้อยละ 54.4) สามารถพูดได้บ้าง (ร้อยละ 56.8) และมีการคิดและตัดสินใจช้าลง (ร้อยละ 58.4) ผู้ป่วยร้อยละ 78.4 ไม่มีอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างการเจ็บป่วย ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=125)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 70.9±9.3 ปี	
เพศ	
ชาย	69 (55.2)
หญิง	36 (44.8)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 5.8±3.9 ปี	
โรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ไม่มี	36 (28.8)
ความดันโลหิต เบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดสูง หัวใจ	66 (52.8)
ความดันโลหิตสูง	17 (13.6)
หัวใจ	3 (2.4)
ไขมันในเลือดสูง	2 (1.6)
เบาหวาน	1 (0.8)
ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย	
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	20 (16.0)
ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ	86 (68.8)
ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือ	19 (15.2)
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่มี	76 (60.8)
ท่อเจาะคอ	17 (13.6)
สายให้อาหาร	36 (28.8)
สายสวนปัสสาวะ	32 (25.6)
ความจำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
จำไม่ได้เลย	25 (20.0)
สับสนบางครั้ง	68 (54.4)
จำได้	32 (25.6)
การพูดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
พูดไม่ได้เลย	29 (23.2)
พูดได้บ้าง	71 (56.8)
พูดได้ชัดเจน	25 (20.0)
การคิดและตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ไม่ได้เลย	33 (26.4)
ช้าลง	73 (58.4)
ปกติ	19 (15.2)
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
จ่ายเงินเอง	7 (5.6)
เบิกต้นสังกัด	25 (20.0)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	93 (74.4)
อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างการเจ็บป่วย	
ไม่มี	98 (78.4)
มี โดยมีอาการ	27 (21.5)
ไอและตัวร้อน	9 (7.2)
อาเจียน	7 (5.6)
ชักเกร็ง	4 (3.2)
หอบเหนื่อย	4 (3.2)
กินข้าวไม่ได้	3 (2.4)

2. สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

เมื่อสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพรายข้อส่วนใหญ่ในระดับที่ดีมากคะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 ยกเว้นการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวที่มีคะแนนสัมพันธภาพในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 ดังแสดงตารางที่ 3 และเมื่อรวมคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวและแบ่งระดับสัมพันธภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมากและดี พบคะแนนเฉลี่ย 2.51-4.00 ร้อยละ 56.0 และ 42.4 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n=125)

ข้อความ	X±SD	การแปลผล
1. ท่านได้รับความรักและความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว	3.58±0.49	สัมพันธภาพดีมาก
2. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร	3.46±0.60	สัมพันธภาพดีมาก
3. ท่านคิดว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัว	3.45±0.58	สัมพันธภาพดีมาก
4. ที่ผ่านมามีความสุขและพอใจในครอบครัวของท่าน	3.48±0.54	สัมพันธภาพดีมาก
5. ในวันหนึ่งๆท่านแทบไม่ได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว	1.88±0.84	สัมพันธภาพปานกลาง
6. ท่านได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว	3.41±0.59	สัมพันธภาพดีมาก
7. สมาชิกในครอบครัวมักทำให้ท่านรู้สึกน้อยใจอยู่เสมอ	2.77±1.04	สัมพันธภาพดี
8. ท่านสามารถกล่าวตักเตือนสมาชิกในครอบครัวได้	3.38±0.67	สัมพันธภาพดีมาก
9. ท่านสามารถขอคำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	3.40±0.61	สัมพันธภาพดีมาก
10. ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว	3.54±0.58	สัมพันธภาพดีมาก
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือหรือดูแลจากสมาชิกในครอบครัว	3.51±0.59	สัมพันธภาพดีมาก
12. สมาชิกในครอบครัวมักมีความคิดขัดแย้งกับท่านเสมอ	2.80±1.06	สัมพันธภาพดี
13. ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้ไปพักผ่อนนอกบ้านด้วยกันสม่ำเสมอ	3.15±0.78	สัมพันธภาพดี
14. ท่านมักจะทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เล่นกีฬา และอื่นๆ	3.24±0.68	สัมพันธภาพดี
15. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.48±0.62	สัมพันธภาพดีมาก

ตารางที่ 4 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=125)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	2	1.6
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี	53	42.4
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก	70	56.0

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย

เมื่อสอบถามถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างรายกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากใน 4 กิจกรรมแรก (คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4 ลำดับ) ได้แก่ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ทำความสะอาดอวัยวะเมื่อผู้ป่วยอุจจาระ การทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วย และการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย ในขณะที่ 4 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือผู้ป่วยได้น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4 ลำดับ) ได้แก่ การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยมีแผลกดทับ การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีภาวะชักเกร็ง และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการหายใจติดขัด ดังแสดงตารางที่ 5

เมื่อรวมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแบ่งระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ระดับ คือสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.67 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.34 ระดับมากคะแนนเฉลี่ย 1.35-2.00 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางและมากคือระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 0.68-2.00 พบร้อยละ 49.6 และ 46.4 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อความ	X±SD	การแปลผล
1. ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย	1.69±0.46	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
2. ทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วย	1.69±0.49	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
3. ทำความสะอาดอวัยวะเมื่อผู้ป่วยปัสสาวะ	1.68±0.49	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
4. ทำความสะอาดอวัยวะเมื่อผู้ป่วยอุจจาระ	1.72±0.50	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
5. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย	1.75±0.45	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
6. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญ	1.31±0.75	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
7. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการตัวเขียว	1.26±0.79	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
8. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีภาวะชักเกร็ง	1.21±0.82	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
9. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง	1.44±0.61	สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาก
10. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการหายใจติดขัด	1.23±0.75	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
11. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะข้อติด	1.33±0.66	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
12. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการซึม	1.27±0.71	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
13. ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม	1.27±0.71	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
14. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ	1.21±0.75	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง
15. ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย	1.15±0.72	สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปานกลาง

ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=125)

ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับน้อย	5	4.0
สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับปานกลาง	62	49.6
สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับมาก	58	46.4

4. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน TS-5 ของกรมสุขภาพจิต และแบ่งระดับความเครียดตามคะแนนรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย (ร้อยละ 53.6) เครียดมากที่สุด (ร้อยละ 20.0) และเครียดปานกลาง (ร้อยละ 19.2) ดังแสดงตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย (n=125)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	67	53.6
เครียดปานกลาง	24	19.2
เครียดมาก	9	7.2
เครียดมากที่สุด	25	20.0

5. ความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

เมื่อประเมินความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ด้านการปรับประคับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.56) รองลงมาคือความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.39) และมีความต้องการการดูแลรายข้อในระดับมากในทุกข้อ ดังแสดงตารางที่ 8 และเมื่อแบ่งความต้องการของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ พบว่าความต้องการการดูแลในระดับมากและระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.8 และ 14.4 ตามลำดับ) ดังแสดงตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจำแนกรายข้อ

ข้อความ	X±SD	การแปลผล
ด้านข้อมูล (ท่านต้องการทราบ)		
1. วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป	3.23±0.78	ต้องการมาก
2. วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ตัวเขียว ชักเกร็ง หายใจติดขัด ฯลฯ	3.21±1.03	ต้องการมาก
3. การทำแผล เช่น แผลเจาะคอ แผลกดทับ เป็นต้น	3.02±1.11	ต้องการมาก
4. ช่องทางการติดต่อขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัว	3.30±0.75	ต้องการมาก
คะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านข้อมูล	3.19±0.76	ต้องการมาก
ด้านการปรับประคับประคองจิตใจ (ท่านต้องการ)		
5. ให้ทีมหมอครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.37±0.71	ต้องการมาก

ข้อความ	X±SD	การแปลผล
6. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากทีมหมอครอบครัว	3.31±0.72	ต้องการมาก
7. ให้ทีมหมอครอบครัวกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเห็นความสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.26±0.74	ต้องการมาก
คะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ	3.31±0.59	ต้องการมาก
ด้านการดูแลสุขภาพ (ท่านต้องการ)		
8. การดูแลสุขภาพของท่านโดยทีมหมอครอบครัว	3.40±0.75	ต้องการมาก
9. ต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมหมอครอบครัว	3.44±0.69	ต้องการมาก
10. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยทีมหมอครอบครัว	3.43±0.69	ต้องการมาก
11. ได้รับการตรวจสุขภาพจิตโดยทีมหมอครอบครัว	3.34±0.72	ต้องการมาก
12. ได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม	3.37±0.78	ต้องการมาก
คะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ	3.39±0.58	ต้องการมาก
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (ท่านต้องการ)		
13. ได้รับกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจากทีมหมอครอบครัว	3.48±0.67	ต้องการมาก
14. ได้รับการชื่นชมและการยอมรับจากทีมหมอครอบครัว	3.64±0.57	ต้องการมาก
คะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	3.56±0.58	ต้องการมาก

ตารางที่ 9 ความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย (n=125)

ระดับความต้องการการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการดูแลระดับน้อย	1	0.8
ความต้องการการดูแลระดับปานกลาง	18	14.4
ความต้องการการดูแลระดับมาก	106	84.8

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ประสิทธิภาพการเคหะดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (p-value=0.018) ขณะที่คุณลักษณะทางประชากรอื่น ได้แก่ เพศ การมีผู้อื่นช่วยดูแลผู้ป่วย การมีผู้อื่นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแล และการเคยได้รับการฝึกทักษะดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (p-value>0.05) ดังแสดงตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์โดยสถิติไคสแควร์

ตัวแปร	ระดับความต้องการ		รวม จำนวน(ร้อยละ)	X ²	p-value
	น้อยถึงปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	มาก จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ				0.414	0.544
ชาย	5(19.2)	21(80.8)	26 (100.0)		
หญิง	14(14.1)	85(85.9)	99(100.0)		
อาชีพ				0.207	0.306
ข้าราชการ	1 (33.33)	2 (66.67)	3 (100.0)		
พนักงานเอกชน	5 (11.11)	40 (88.89)	45 (100.0)		
รัฐวิสาหกิจ	8 (22.22)	28 (77.78)	36 (100.0)		
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	4 (40)	6 (60)	10 (100.0)		
รับจ้าง	4 (16)	21 (84)	25 (100.0)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (33.33)	4 (66.67)	6 (100.0)		
ความเพียงพอของรายได้				0.362	0.165
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	6 (18.92)	31 (83.78)	37 (29.6)		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	5 (23.01)	16 (76.19)	21 (16.8)		
เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บ	8 (16.33)	41 (83.67)	49 (39.2)		
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ	7 (38.89)	11 (61.11)	18 (14.4)		
ประสบการณ์เคยดูแลผู้ป่วย				8.03	0.018
ไม่เคย	15(12.8)	102(87.2)	117(100.0)		
เคย	4(50.0)	4(50.0)	8(100.0)		
การมีผู้อื่นช่วยดูแลผู้ป่วย				1.742	0.247
ไม่มี	12(12.8)	82(87.2)	94(100.0)		
มี	7(22.6)	24(77.4)	24(77.4)		
การมีผู้อื่นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแล				1.946	0.209
ไม่มี	14(18.9)	60(81.1)	74(100.0)		
มี	5(9.8)	45(90.2)	51(100.0)		
เคยได้รับการฝึกทักษะดูแลผู้ป่วย				3.175	0.086
ไม่เคย	13(21.0)	49(79.0)	62(100.0)		
เคย	6(9.5)	57(90.5)	63(100.0)		

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=-0.274$, $p=0.002$) และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.01 ($r=0.265$, $p=0.003$) ในขณะที่พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยกับความต้องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n=125$ คน)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r)	p-value
อายุ	-0.274**	0.002
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน	0.050	0.581
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.138	0.125
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	0.080	0.379
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย	0.265**	0.003

** มีนัยสำคัญที่ $p\text{-value}<0.01$

วิจารณ์

การวิจัยเชิงตัดขวางภาคีวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริราชกรุงธน จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.2 อายุเฉลี่ย 45 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือเป็น ลูกชาย/ลูกสาว, หลาน/เหลน, และภรรยา (ร้อยละ 60.0, 16.0 และ 12.8 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8.7 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 93.6 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.2 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ร้อยละ 40.8 ยังมีภาระต้องดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ดูแล และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.6 ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมากและดี (ร้อยละ 56.0 และ 42.4 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 49.6 และ 46.4 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ¹⁰ ที่พบว่าระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย ต้องการการพึ่งพาครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลพร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยย่อมมีผลกระทบต่อกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม ในขณะที่ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว คาดว่าบุคคลที่ได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี หากผู้ดูแลกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก็จะช่วยให้สามารถทำความเข้าใจกันได้ เอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลจะเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันรวมทั้งการได้รับการยอมรับนับถือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญเมื่อประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือ TS-5 พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย (ร้อยละ 53.6) เครียดมากที่สุด (ร้อยละ 20.0) และเครียดปานกลาง (ร้อยละ 19.2)

เมื่อประเมินความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวทุกด้านในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{8,11} และเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลในด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รสศุณธ์ เจืออุบลมัย⁸ แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ บุชยมาส บุศยารัตน์¹¹ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านข้อมูลในระดับมาก แต่ต้องการการดูแลด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้กว่าร้อยละ 50 ได้รับคำแนะนำหรือฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอยู่แล้วจึงอาจมีความต้องการด้านข้อมูลน้อยลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยาวนานถึง 8.7 ชั่วโมงต่อวัน จึงอาจนำมาซึ่งความเหนื่อยล้าและท้อแท้จึงมีความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณมากที่สุด

การศึกษานี้พบว่าประสพการณ์การเคหะดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (p -value=0.018) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนจะมีความต้องการการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสพการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชยมาส บุศยารัตน์¹¹ ที่พบว่า ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p =0.043) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเคหะดูแลผู้ป่วยมาก่อนจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นทำให้มีความต้องการการดูแลน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (r =-0.274, p =0.002) และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว (r =0.265, p =0.003) แตกต่างจากการศึกษาของ สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์ และคณะ¹² ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ¹³ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้ร้อยละ 75.2 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.6 ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวสูง ดังนั้นจึงพบความสัมพันธ์ในทางบวกของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของบุชยมาส บุศยารัตน์¹¹ และ นงนุช เท้ชรวง และคณะ¹⁴ ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจมาจากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดา ในทางศาสนาพุทธเชื่อว่าการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสดกแทนพระคุณพ่อแม่ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความต้องการให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยมีความต้องการการดูแลในระดับมาก จำนวน 4 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวทุกด้านในระดับมากและเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลในด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณมากที่สุด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านข้อมูลในระดับมาก แต่ต้องการการดูแลด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลในทางบวกของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัว พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมแพทย์ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีมากและดี และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การประเมินศักยภาพและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้ทีมหมอครอบครัวสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

1. ควรมีมาตรการเชิงบวกที่ส่งเสริมพลังทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การให้กำลังใจ การแสดงความชื่นชมผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หรือการออกเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น

2. ควรมีการคัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

3. การไม่มีประสิทธิภาพการดูแลและผู้ดูแลอายุน้อย ควรมีแผนในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ลดความเครียดและมีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการจัดอบรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

4. ควรมีการพัฒนาช่องทางทางการติดต่อขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมทั้งปัญหาสุขภาพกายและจิต และควรเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น โทรศัพท์ ระบบ Social network เช่น Facebook, Line เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

5. สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประสานงานกับเทศบาล/อบต. ตามแนวนโยบาย Long Term Care เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณและร่วมดำเนินการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนเข้ารับการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำชุมชน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลให้แก่ผู้ดูแลเป็นครั้งคราว เช่น ในกรณีผู้ดูแลจำเป็นต้องไปทำธุระส่วนตัว ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver burden & caregiver burnout) ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นตามไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิมลาราม จังหวัดอุบลราชธานี แพทย์และพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิมลาราม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนการทำงาน การศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2556.
2. กุลธิดา พานิชกุล. ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน [เอกสารประกอบการประชุม]. ประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่องบูรณาการแห่งวิถีวิทยา: สื่อสังคมและการจัดการ; วันที่ 22 มีนาคม 2556; ณ โรงแรมโนโวเทลหัวหินชะอำปรีซอร์ทแอนด์สปา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
3. อังคณา บุญศรี, สุกัญญา ทองบุผา. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital service. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กันยายน-ธันวาคม 2563; 5(3): 36-44.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: อัลทิเมท พรินติ้ง; 2564.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
6. Yamane T. Statistics: an Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
7. อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ มกราคม-เมษายน 2555; 4(1): 14-27.
8. รศศุคนธ์ เจืออุบลมัย. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
9. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551; 16(3): 177-84.
10. กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มกราคม-มิถุนายน 2557; 25(1): 90-7.
11. บุษยามาส บุศยารัตน์. ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลนครนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 เมษายน-มิถุนายน 2561; 37(2): 192-200.
12. สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, กุลธิดา พานิชกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พฤษภาคม-ธันวาคม 2559; 32(2): 68-80.
13. อรุณี ชุนหบดี, ธิติรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรภิรมณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2556; 24(1): 1-9
14. นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทฤม, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก มกราคม-เมษายน 2556; 14(1): 25-34.

