

# บทวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหา  
ด้านการสื่อสาร\*

PREDICTIVE FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG  
FAMILYCAREGIVERS OF STROKE PATIENTS WITH COMMUNICATION PROBLEMS

อนุสรณ์ แนนอุดร\*\*  
รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์\*\*\* พรนภา ทอมสินธุ์\*\*\*

## บทคัดย่อ

ญาติผู้ดูแลเป็นคนที่สำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนเหล่านี้ต้องประสบกับความยากลำบากในการปรับตัวและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่มารับการรักษาที่คลินิกประสาทวิทยาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารามิบัติ จำนวน 106 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบสำรวจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .94, .91, .94 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอยู่ระดับปานกลาง ( $M = 68.29$ ,  $SD = 14.90$ ) ภาวะของญาติผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $R^2_{adj} = .176$ ) โดยภาวะของญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล ( $\beta = .217$ ,  $p\text{-value} < .05$ ) และการมีโรคประจำตัวมีอิทธิพลทางลบ ( $\beta = -.342$ ,  $p\text{-value} < .001$ )

ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมภาวะสุขภาพให้กับญาติผู้ดูแล ควรลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ รวมไปถึงภาวะจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ญาติผู้ดูแล/ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## ABSTRACT

Family caregivers are the important persons to help care stroke patients with communication problems, particularly those needing to face with difficult time to adapt themselves in order to respond to patients' needs. This predictive correlational study aimed to examine health-related quality of life (HRQOL) and predictive factors of HRQOL of life among family caregivers of stroke patients with communication problems. One hundred and six family caregivers who cared stroke patients with communication problems were recruited from the out-patient neurological clinic of a tertiary care hospital setting. Questionnaires composed of demographic information for family caregivers and patients, the Multidimensional Scale of Social Support Scale, the Zarit Burden Interview Questionnaire, the Caregiver and Patient Relationship Questionnaire, and the SF-36 Health Survey. The reliability of questionnaires with alpha-coefficient were .94, .91, .94, and .90, respectively. Descriptive statistics and Stepwise Multiple Regression Analysis were used to analyze data.

The results revealed that the level of family caregivers' HRQOL was moderate (Mean = 68.29, SD = 14.90). Caregiver burden and caregivers' diseases could explain 17.6 % of variance for health-related quality of life ( $R^2_{adj} = .176$ , p-value < .01). Caregiver burden positively affected health-related quality of life ( $\beta = .217$ , p-value < .05) whereas family caregivers' disease negatively affected health-related quality of life ( $\beta = -.342$ , p-value < .001).

The findings indicated that resolving impacts of various diseases and reducing caregiver burden would help improve health-related quality of life among stroke caregivers with communication problem. This would in turn contribute to better of care and rehabilitation for these patients.

**Keywords:** Stroke patients/ Family caregiver/ Health-related quality of life

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกนั้นพบว่า ในแต่ละปีจะมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคนโดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี

และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6 ล้านคน และยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการถาวรโดยไม่คำนึงถึงอายุเพศ เชื้อชาติหรือประเทศใด (นิตยา พันธุเวทย์ และณัฐสุตา แสงสุวรรณโต, 2558) สถานการณ์ในประเทศไทยข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี

พ.ศ. 2552 จนถึง พ.ศ. 2557 มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 25,114 ราย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยเท่ากับ 255.85 และในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 366.81 อีกนัยหนึ่งแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น อาจเกิดจากเทคโนโลยีและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มมากขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ในชุมชน (Nir, Greenberger, & Bachner, 2009) อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยจะรอดชีวิตมากขึ้น แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นระบบประสาทส่วนกลาง เป็นศูนย์กลางในการควบคุมการพูด ความเข้าใจในภาษา ความคิด จินตนาการ และความสามารถอื่นๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีความผิดปกติด้านการสื่อสาร ก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด บางรายอาจมีความรุนแรงจนพูดไม่ได้ หรือฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือทั้งสองลักษณะรวมกัน ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไป ส่งผลกระทบต่อการดูแลของญาติผู้ดูแลที่มากขึ้น ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Bakas, Kroenke, Plue, Perkins, & Williams, 2006; Stroke Association, 2012 ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันทดแทนในส่วนที่ทำเองไม่ได้ และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เมื่อผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีญาติดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของการสื่อสารต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความพึ่งพาสูงในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Bakas, Kroenke, Plue, Perkins, & Williams, 2006; Stroke Association, 2012) และยังมีข้อจำกัดในการบอกความต้องการของตนเอง ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารมีภาระที่เพิ่มมากขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถสื่อสารได้ (Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005) จึงอาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันต้องใช้เวลาานาน ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยดูแลและใช้ระยะเวลาดูแลหลายปี จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลจึงได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่มีกถูกละเลยไป

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQOL) เป็นมุมมองหรือความคิดของบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเอง ตามบริบทของวัฒนธรรม และการมีคุณค่าในสิ่งที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจในตนเอง (WHO, 1995) จากการค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลนั้นมาจากปัจจัยด้านร่างกาย จิต และสังคมของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ภาระของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในด้านร่างกายในทิศทางลบ

(เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรรณกุล, 2550; Cramm, Strating, & Nieboer, 2012; Vincent-Onabajo, Ali, & Hamzat, 2013; Chen et al., 2012) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลต่อศักยภาพในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้น มีหลายการศึกษาพบว่า ความต่างกันของเพศของญาติผู้ดูแล มีผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย (เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรรณกุล, 2550; Cramm et al., 2012; Yu, Hu, Efrid, & McCoy, 2013) การศึกษาของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรรณกุล, 2550; Chen et al., 2012; Nir et al., 2009; Morimoto, Schreiner, & Asano, 2003; Yu et al., 2013)

ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะของญาติผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตนั้นเปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Nir et al., 2009; McCullagh, Brig-stocke, Donaldson, & Kalra, 2005; Morimoto et al., 2003) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมาก

ขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรรณกุล, 2550; Chen et al., 2012; Nir et al., 2009; McCullagh et al., 2005; Yu et al., 2013) และสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย หากความสัมพันธ์นั้นเป็นความรักความห่วงใยในครอบครัวเกิดความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น (Akosile, Okoye, Nwankwo, Akosile, & Mbada, 2011; White, Poissant, Cote-LeBlanc, & Wood-Dauphinee, 2006; Yu et al., 2013)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศจะเห็นได้ว่ายังขาดการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป และศึกษาในผู้ดูแลที่อาจเป็นญาติและไม่ใช่ญาติ ในบริบทวัฒนธรรมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว และเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญู การศึกษาในญาติผู้ดูแลจะสะท้อนปัญหาและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมไทยได้ดีกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการสื่อสาร โดยศึกษาปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การมีโรคประจำตัว ภาวะของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่มารับการรักษาที่คลินิกประสาทวิทยาแผนกผู้ป่วยนอก

อายุรกรรม โรงพยาบาลรามารัตติ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารในการส่งเสริมสนับสนุนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล หรือโปรแกรมพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารได้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร (ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การมีโรคประจำตัว ภาวะของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย)

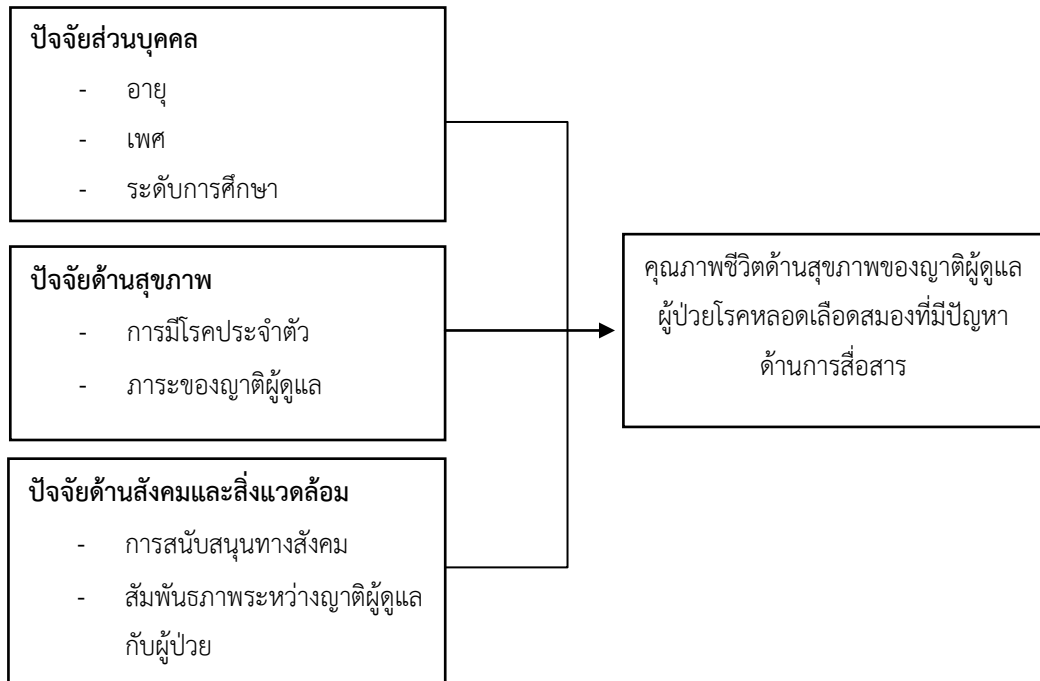
### สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ภาวะของ

ญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan, 1992) ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตผ่านกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองทั้งด้าน ร่างกาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ ของตนที่ผ่านมา โดยได้จำแนกเป็นมิติไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ด้านสุขภาพและการทำงาน (Health and function) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social-economic) โดยมีมิติแต่ละด้านล้วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health-related factors) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social/ Culture/ Environment factors) ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลอดเลือดสมองพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนี้ คือ อายุ เพศ การศึกษา การมีโรคประจำตัว ภาวะของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

**ประชากร** ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Family caregiver) โดยเป็นญาติผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษา

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองที่เป็นญาติ (Family caregiver) ที่ทำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ มารับบริการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารัตนาธิปัตย์ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแล ที่ดูแลผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี

ความทุพพลภาพ และมีปัญหาในการสื่อสาร ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและระบุความผิดปกติในการสื่อสารไว้ในแบบบันทึกผู้ป่วย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ (Power analysis) เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และค่า effect size เท่ากับ .13 ซึ่งเป็น effect size ขนาดกลาง (Polit & Beck, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 7 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 104 รายผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน (Stanley, David, Janelle, & Stephen, 1990) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้เท่ากับ 114 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**  
ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของญาติ ผู้ดูแล ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวน ชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีการจ่ายค่าตอบแทน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประเมินจากแบบความความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคม (Multidimensional scale of perceived social support) ที่ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ สร้างขึ้นโดย Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) ซึ่งมีคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง คือ มีการทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81-.98 เมื่อนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, (2011) และได้ทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 462 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 และ .87 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการศึกษานี้ เท่ากับ .94 โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยดัดแปลงระดับการวัดเป็น 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน (ไม่เห็นด้วย/ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย/ เฉยๆ/ ค่อนข้างเห็นด้วย/ เห็นด้วย) การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระในการดูแล ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ของ ชันญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัง (2554) ซึ่งแปลจากแนวคิดของ Zarit Burden Interview (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ครอบคลุมความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเกี่ยวกับตนเอง และบทบาทผู้ดูแลในด้านการดูแลส่งผลให้ชีวิตมีความไม่แน่นอน รู้สึกตึงเครียดในการดูแล ขัดแย้งในตนเองและรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดูแล จำนวน 22 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน (ไม่เคยเลย/ นานๆ ครั้ง/ บางครั้ง/ บ่อยครั้ง/ ประจำ) การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการมีภาระในการดูแลมาก เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ .92 (ชันญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) และในการศึกษานี้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ใช้แบบวัดความสัมพันธ์สนิมของ Walker & Thompson (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้ครั้งแรกโดย เพ็ญใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิด และคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพันและความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ มีข้อคำถาม 17 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน (ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย/ รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก/ รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง/ รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง/ รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด/ รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา) การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ .91 (เพ็ญใจ ตีรไพรวงศ์, 2540) และ .87 (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) และในการศึกษานี้เท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแล ใช้แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) แปลใหม่ฉบับภาษาไทยของวิชรี เลอมาณฑุ และปารณีย์ มีแต่้ม (2548) โดยแปลจากคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของ Ware & Gandek (1998) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหวทางกาย (Physical functioning, PF) การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกาย (Role-physical, RP) หน้าที่ทางสังคม (Social functioning, SF) การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-emotional, RE) ความเจ็บปวด (Bodily pain, BP) สุขภาพจิต (Mental health, MH) พลังงาน (Vitality, VT) และมุมมองด้านสุขภาพ (General health, GH) รวม 35 ข้อ และคำถามอิสระเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported health transitions) อีก 1 ข้อรวม 36 ข้อ ข้อคำตอบเป็นเป็นมาตรวัดประมาณค่า คำนวณคะแนนโดยทำการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่กำหนด ช่วงคะแนนอยู่ในระหว่าง 0 ถึง 100 โดยคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี และยังสามารคำนวณรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical component scores) และคะแนนองค์ประกอบด้านจิตใจ (Mental component scores) เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในการศึกษาที่ผ่านมามีค่าเท่ากับ .72-.86 และในการศึกษานี้เท่ากับ .90 การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ นำมาจากแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานหรือผ่านการพัฒนามาแล้วและมีคุณภาพเครื่องมืออยู่ในระดับสูง จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบสอบถามภาวะในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient)

#### วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับเลขรับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส 08-10-2557 และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ ID- 11-57-93 ย และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องใส่ชื่อ สกุลแต่จะใช้รหัสแทน แบบสอบถามของแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วจะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษ ภายหลังตอบคำถามเสร็จ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามประมาณ 25 – 30 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.6) มีอายุ 26 – 60 ปี (ร้อยละ 81.1) อายุเฉลี่ย 48.2 ปี (SD = 12.31) โดยอายุน้อยสุด 18 ปีและอายุมากที่สุด 78 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 51.9) ประมาณสองในสามมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 68.9) ประมาณหนึ่งในสามประกอบอาชีพรับราชการสูงสุด (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 23.6) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 24,654.72 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 85.8) ประมาณสองในสามไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.4) มากกว่าครึ่งมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 67) เกือบทั้งหมดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1 คน (ร้อยละ 95.3) และใช้ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 50.9) เฉลี่ย 3.19 ปี (SD = 3.30) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และนานสุด 24 ปี ครึ่งหนึ่งใช้เวลาในการดูแลต่อวันอยู่ในช่วง 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ

51.9) โดยเฉลี่ยเฉลี่ย 13.75 ชั่วโมง (SD = 5.80) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และเป็นการตอบแทนบุญคุณ/ ความกตัญญู (ร้อยละ 83.0) เกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนและต้องมีผู้ช่วยในการดูแล (คิดเป็นร้อยละ 93.4 และร้อยละ 95.3 ตามลำดับ) โดยเป็นพี่น้องของญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ บุตรของญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 32.1)

2. คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมเท่ากับ 68.29 (SD = 14.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการทำหน้าที่ทางกาย รองลงมา คือ การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาททางอารมณ์ บทบาททางกายภาพ สุขภาพจิต อาการปวดเกี่ยวกับร่างกาย สุขภาพทั่วไป และด้านพลังงาน ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงของระดับคะแนน คะแนนสูงสุดและต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร (n=106)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วย	ช่วงระดับคะแนน	Min	Max	$\bar{X}$	SD
การทำหน้าที่ทางกาย(physical function; PF)	0 – 100	20	100	82.45	18.60
บทบาททางกายภาพ(role physical; RP)	0 – 100	0	100	70.99	37.00
อาการปวดเกี่ยวกับร่างกาย(bodily pain; BP)	0 – 100	0	90	58.50	17.97
สุขภาพทั่วไป(general health; GH)	0 – 100	10	92	53.18	21.04
พลังงาน (vitality; VT)	0 – 100	30	100	57.24	14.02
การทำหน้าที่ทางสังคม(social function; SF)	0 – 100	50	100	74.57	10.45
บทบาททางอารมณ์(role emotional; RE)	0 – 100	0	100	72.64	39.78
สุขภาพจิต (general mental health; MH )	0 – 100	20	92	66.22	13.34
<b>คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม</b>	0 – 100	32.79	94.87	68.29	14.90

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

พบว่า ภาวะของญาติผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $R^2_{adj} = .176$ ) โดยพบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารได้มากที่สุด คือ การมีโรคประจำตัว ได้มากที่สุด (Beta = -.342, p-value < .001) รองลงมาคือ ภาวะของญาติผู้ดูแล (Beta = .217, p-value < .05) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ตัวทำนาย	b	SE (b)	Beta	t	p-value
ภาวะของญาติผู้ดูแล	.261	.109	.217	2.402	.018
การมีโรคประจำตัว	-10.366	2.734	-.342	-3.791	<.001
Constant (a)	57.256	6.721	-	8.519	<.001

$R = .437$ ,  $R^2 = .191$ ,  $R^2_{adj} = .176$ ,  $F(2,103) = 12.181$  p-value = <.01

### การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 68.29 (SD=14.90) โดยภาพรวมประมาณร้อยละ 57.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 26-60 ปี (ร้อยละ 81.1) มีระดับการศึกษาที่สูงในระดับชั้น อนุปริญญา-สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 79.2) ญาติผู้ดูแลส่วนมากประกอบอาชีพ รับราชการและค้าขาย (ร้อยละ 60.4) มีรายได้มีเพียงพอเพียง (ร้อยละ 85.8) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ มีความสามารถในการรับรู้และจัดการกับปัญหาต่างๆ ของบุคคลได้ดี รวมไปถึงการเข้าถึงข้อมูล ความรู้และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงบทบาท หน้าที่ในการปรับตัวในการเป็นผู้ดูแล (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554; ทิววรรณ เถื่อนยัง,

2554; เพ็ญฟ้า สีสวยและพวงสร้อย วรกุล, 2551; Vincent-Onabajo et al., 2013) ประกอบกับส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวบ่งบอกถึงญาติผู้ดูแลมีสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างเป็นปกติ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นไปในทางที่ดี (Chen et al., 2010; Nir et al., 2009) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 71 จากวัฒนธรรมความเชื่อ และวิถีปฏิบัติของสังคมที่เชื่อว่าลูกสาวจะต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่และมักจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกภายในบ้าน (ศิริภณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557; อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) ดังนั้นการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลของเพศหญิงจึงมีความพร้อมในการเรียนรู้บทบาทผู้ดูแลได้เร็ว

และ เข้าใจง่ายกว่าเพศชาย (อรอนงค์ คุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานีวิฒนานนท์และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555) ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหา ด้านการสื่อสารมีการรับรู้ที่ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จากการศึกษพบว่า มี ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการ สื่อสาร ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและภาวะของ ญาติผู้ดูแลซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ

*การมีโรคประจำตัว* มีอิทธิพลทางลบกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อธิบาย ได้ว่า การมีโรคประจำตัวเป็นการบ่งบอกถึงการที่ บุคคลมีสภาพความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่าง ปกติ หากมีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยก็จะ ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผล การศึกษาที่ผ่านมาของ Chen et al. (2010) พบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพมีอิทธิพลทางลบทางลบกับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผลการศึกษาของ Nir et al. (2009) พบว่า จำนวนโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางลบ กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลขณะจำหน่ายกลับบ้านระยะเวลา 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นโรคเรื้อรัง ของ Yu et al. (2013) พบว่า โรคเรื้อรังของผู้ดูแลมีอิทธิพลทาง ลบกับคุณภาพชีวิตทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และผลการศึกษาของเพ็ญฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรกุล (2551) พบว่า โรคประจำตัว ทางกาย มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

*ภาวะของญาติผู้ดูแล* มีอิทธิพลทาง ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้าน การสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอิทธิพล ความสัมพันธ์ตรงข้ามกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ ผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีภาวะในการดูแลสูงขึ้น คุณภาพ ชีวิตจะต่ำลง แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลมีภาวะ การดูแลมาก มีคุณภาพชีวิตดี อาจเกิดจากลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเกิดจากส่วน ใหญ่มีระดับการศึกษาที่สูงคือระดับอนุปริญญา-สูง กว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 79.2) มีอาชีพและรายได้ ที่มั่นคง เกือบทั้งหมดมีผู้ช่วยในการช่วยดูแล คือ ผู้ดูแลที่จ้างมาช่วยบางเวลา และมีทัศนคติที่ดีใน การดูแล โดยส่วนใหญ่ให้เหตุว่าเป็นการตอบแทน บุญคุณหรือความกตัญญู ทำให้ถึงแม้ญาติจะมีการ รับรู้ภาวะที่มากขึ้นแต่ด้วยทัศนคติที่ดีรวมไปถึง การปรับตัว สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้การรับรู้ภาวะนั้นไม่เป็นปัญหาต่อคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพ และในการศึกษานี้ได้ศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่สามเดือนขึ้นไป ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มนี้ สามารถปรับตัว และจัดการกับภาวะที่มีอยู่ได้ ระดับหนึ่งทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของตนเองมากนัก

นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนอาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก และไม่สะดวกที่จะ พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง จึงทำให้ข้อมูลที่ ได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ไม่ได้สะท้อน ภาวะการดูแลที่แท้จริงของผู้ดูแลหลัก ซึ่งจากการ ศึกษาของ Geriani, Savithry, Shivakumar, & Kanchan (2015) สนับสนุนว่าผู้ดูแลที่ยังประกอบ อาชีพมีการปรับตัว และการจัดการกับปัญหาได้ดี และการจัดการกับปัญหานั้นมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้จากการศึกษา

ของ Kim, Chang, Rose, & Kim (2012) ยืนยันว่า ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับปัญหา ดังนั้นการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Van Exel, Koopmanschap, Van Den Berg, Brouwer, & Van Den Bos (2005) พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก แต่ยังมีหลายผลการศึกษาที่พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (McCullagh et al., 2005; Nir et al., 2009; Morimoto et al., 2003)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพที่ดี ให้กับญาติผู้ดูแล ลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ เพื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหา ด้านการสื่อสารมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น
2. ชี้แนะให้ญาติผู้ดูแลตระหนักและเห็นความสำคัญของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อเข้ามารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ภาระและปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดภาระและปัญหาที่จะเกิดจากการดูแลตามบริบทในแต่ละบุคคล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ดังนั้นการศึกษาจึงไม่ได้อธิบายไปถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มอื่นๆ ที่อาจมีการฟื้นฟูสภาพแล้ว สามารถสื่อสารหรือประกอบ

กิจกรรมได้บางส่วน ซึ่งมีผลต่อการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหรือปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตญาติด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2. ควรทำการศึกษาถึงการปรับตัว การจัดการและการแก้ปัญหาผลกระทบต่างๆ ของญาติผู้ดูแลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพเชิงลึก ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตญาติด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล

3. ควรศึกษาญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักเท่านั้นและอยู่ในชุมชน (Community-based population) เพื่อให้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลหลักที่สะท้อนสภาพปัญหาได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมประชากรที่ขนาดใหญ่ขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญและวราภรณ์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75
- ทิวาภรณ์ เกื้อนยัง. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรกุล. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52(Suppl), S15-S28

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา พันธุ์วาทย์ และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2558). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2558 (งบประมาณปี 2559)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>

ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิตร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานผลการวิจัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *จำนวนอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีงบประมาณ 2557 (จำแนกตามตามเขตสุขภาพ และจำแนกตามสคร 12 เขต)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด/โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดอวัยวะ/ถุงลมโป่งพอง/และปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2556*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.thaincd.com/information-statistic/noncommunicable-disease-data.php>

วัชรลี เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). *การพัฒนาและทดสอบมาตรฐานของแบบสอบถามสุขภาพ Short – Form Health Survey 36 ฉบับภาษาไทย ในบุคคลทั่วไป และการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม*. รายงานการวิจัย, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรอนงค์ กุลณรงค์, เฟลีนพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). *ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรวิชาราชนครินทร์*, 4(1), 14-27

- Akosile, C. O., Okoye, E. C., Nwankwo, M. J., Akosile, C. O., & Mbada, C. E. (2011). Quality of life and its correlates in caregivers of stroke survivors from a Nigerian population. *Quality of Life Research, 20*(9), 1379-1384.
- Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L. D., Perkins, S. M., & Williams, L. S. (2006). Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing, 31*(1), 33-42.
- Chen, Y., Lu, J., Wong, K. S., Mok, V. C., Ungvari, G. S., & Tang, W. K. (2010). Health-related quality of life in the family caregivers of stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research, 33*(3), 232-237.
- Choi-Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(5), 1043-1048.
- Cramm, J. M., Strating, M. M., & Nieboer, A. P. (2012). Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Quality of Life Research, 21*(10), 1719-1725.
- Geriani, D., Savithry, K. S. B., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of clinical and diagnostic research, 9*(3), VC01
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced nursing, 68*(4), 846-855.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke, 36*(10), 2181-2186.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing, 32*(2), 218-223.
- Nir, Z., Greenberger, C., & Bachner, Y. G. (2009). Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *Journal of Neuroscience Nursing, 41*(2), 92-105.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Stanley, L., David, W. H., Janelle, K., & Stephen, K. L. (1990). *Adequacy Of Sample Size In Health Studies*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Stroke Association. (2012). *Communication problems after stroke*. Retrieved from [http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Communication%20problems%20after%20stroke\\_0.pdf](http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Communication%20problems%20after%20stroke_0.pdf)
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 841-849.
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 903-912.
- White, C. L., Poissant, L., Cote-LeBlanc, G., & Wood-Dauphinee, S. (2006). Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(5), 354-360.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): thai version. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 7, 161-166
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment position paper. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- Van Exel, N. J. A., Koopmanschap, M. A., Van Den Berg, B., Brouwer, W. B. F., & Van Den Bos, G. A. M. (2005). Burden of informal caregiving for stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 11-17.
- Vincent-Onabajo, G., Ali, A., & Hamzat, T. (2013). Quality of life of Nigerian informal caregivers of community-dwelling stroke survivors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 977-982.
- Yu, Y., Hu, J., Efirid, J. T., & McCoy, T. P. (2013). Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2160-2171.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.