

# Factors Influencing Readiness of Caregivers of Patients with Stroke before Hospital Discharge\*

Orathai Boonchuwong<sup>1</sup>, Chongjit Saneha, RN, PhD<sup>1</sup>, Wanpen Pinyopasakul, RN, PhD<sup>1</sup>, Yongchai Nilanont, MD<sup>2</sup>

## Abstract

**Purpose:** To study the influences of caregivers' anxiety, depression, perceived adequacy of income, and patient's dependence on the caregivers' readiness for hospital discharge.

**Design:** A correlational predictive design.

**Methods:** The sample consisted of 108 caregivers of patients with first time stroke admitted in a tertiary care hospital in Bangkok. Data were collected using the demographic questionnaire, a readiness questionnaire, a hospital anxiety and depression scale, and the patient's dependence assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

**Main findings:** The participants had their readiness at a moderate level (Mean = 21.5, SD = 6.2), while many had low anxiety (64.8%), low depression (66.7%), almost half perceived adequacy of income with savings (41.7%), and about one third of the patients had the highest dependence (34.3%). The caregivers' anxiety was able to explain 19% of variances in the caregivers' readiness before discharge. The caregivers' anxiety was found to be the only factor influencing the caregivers' readiness for hospital discharge in patients diagnosed with first time stroke with statistical significance ( $\beta = -.43, p < .05$ ).

**Conclusion and recommendations:** Nurses should assess caregivers' anxiety in order to make a care plan to provide support for them. Furthermore, nursing care should be developed to reduce caregivers' anxiety in order to increase their readiness to care for the patients with first time stroke before hospital discharge.

**Keywords:** caregivers' readiness, caregivers' anxiety, hospital discharge, first time stroke

*J Nurs Sci. 2017;35(3):46-57*

Corresponding Author: Associate Professor Chongjit Saneha, Faculty of Nursing, Mahidol University Bangkok 10700, Thailand; e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

\* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล\*

อรทัย บุญชูวงศ์<sup>1</sup> จงจิต เสน่หา, PhD<sup>1</sup> วันเพ็ญ ภัฏญายาสกุล, PhD<sup>1</sup> ยงชัย นิละนนท์, พ.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของควมวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**รูปแบบการวิจัย:** การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 108 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อม แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และแบบประเมินระดับการพึ่งพา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

**ผลการวิจัย:** ผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 21.5, SD = 6.2) ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 64.8 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.7 เกือบครึ่งมีการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 41.7 และหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพามากที่สุด ร้อยละ 34.3 โดยพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรผันของความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 19 และความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.43$ ,  $p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** พยาบาลควรมีการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและควรพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ความพร้อมของผู้ดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

J Nurs Sci. 2017;35(3):46-57

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุมาสู่การเสียชีวิตเป็นอันดับ 5<sup>1</sup> ในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 25.7 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำนวน 10.3 ล้านคน<sup>2</sup> และพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และพบในช่วง 1 ปีแรก<sup>1</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตพบว่ายังมีความพิการหลงเหลืออยู่ อาจทำให้สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และบกพร่องด้านการสื่อสาร<sup>3</sup> เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงปกติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการที่ต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแล ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น จากการศึกษาของ Ogunlana และคณะ<sup>4</sup> ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 130 คน พบว่าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูงร้อยละ 77 และพบว่าระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยที่พิการร่างกายมีความสัมพันธ์กับภาวะในการดูแล ( $r = .31$ )<sup>5</sup> และในผู้ป่วยโรคสมองเรื้อรังพบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล ( $r = -.53$ )<sup>6</sup> และเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล<sup>7</sup> จากการศึกษาของ Atlein และคณะ<sup>8</sup> พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวล ร้อยละ 31.1 ผู้ดูแลจะรู้สึกกังวลไม่ทราบผู้ป่วยเป็นอะไรในระยะแรก กังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กล่าวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเหมือนกับผู้ป่วยรายอื่นที่เคยเห็นมา และไม่ทราบว่าจะวางแผนสำหรับการดูแลในอนาคตอย่างไร<sup>9</sup> ซึ่งในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย<sup>10</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยที่มาก ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาดูแลตนเองน้อยลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมคลายเครียด มีความกังวลใจมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 26.83<sup>11</sup> ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วย Parkinson พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล ( $r = -.38$ )<sup>12</sup> และในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องหยุดทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย และมีภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่ายา ค่ารักษา ค่ากายภาพ ค่าโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความพร้อมของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Chuluunbaatar, Pu และ Chou<sup>13</sup> พบฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Chick และ Meleis<sup>14</sup> การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์จากการที่ผู้ดูแลเคยดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง เปลี่ยนเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองที่แตกต่างกันแต่ละบุคคล ปัจจัยเงื่อนไข ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย และการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่สนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้ดูแลสามารถแสดงออกถึงความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านได้โดยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลกับผู้ป่วย<sup>15</sup> ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล<sup>15,16</sup> การสนับสนุนทางสังคม<sup>15,16</sup> และความรู้ของผู้ดูแล<sup>16</sup> สำหรับปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล การรับรู้ฐานะเศรษฐกิจของผู้ดูแล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ยังพบว่ามีการศึกษาอื่นถึงอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ Chick และ Meleis<sup>14</sup> เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และระดับการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

#### กลุ่มตัวอย่าง

**ผู้ดูแล** เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ หอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของ

ผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ 3) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โรคจิตกักขัง หรือโรคซึมเศร้ามาก่อน และ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

**ผู้ป่วย** 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และ 3) มีแผนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณ Power analysis<sup>17</sup> สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดค่า power of test .90 ค่าแอลฟาเท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง จากผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้<sup>15,16</sup> ในการคำนวณตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือผู้พัฒนาเครื่องมือแล้ว จำนวน 4 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแลที่พัฒนาโดย Archbold, Stewart และ Hornbrook<sup>18</sup> และ Pucciavelli และคณะ<sup>19</sup> แปลเป็นภาษาไทย และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์<sup>20</sup> ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = .88 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .88 และค่าความเชื่อมั่นในกลุ่ม

ตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 108 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .87 แบบประเมินมีข้อความจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจนถึง 4 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ 0-10 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย 11-21 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง 22-32 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก

3. แบบประเมินระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities Daily Living) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาจากแบบประเมิน The Barthel Index of Activities Daily Living ของ Mahoney และ Barthel<sup>21</sup> ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีการนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>15</sup> ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .94 มีข้อความจำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น

- ข้อที่ 1, 4, 7, 8, 9 และ 10 คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ต้องได้รับการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 5 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เองบางส่วน ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน 10 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เองทั้งหมด

- ข้อที่ 2 และ 6 คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 5 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เอง แต่ต้องการการพึ่งพาผู้อื่น/อุปกรณ์ 10 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เอง แต่ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นบ้าง/ใช้คนช่วยแทนอุปกรณ์ 15 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เองทั้งหมด

- ข้อที่ 3 และ 5 คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 10 หมายถึง ผู้ป่วยทำได้เองทั้งหมด

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคชั้น 5 ระดับ 0-20 หมายถึง ระดับการพึ่งพามากที่สุด

25-45 หมายถึง ระดับการพึ่งพามาก 50-75 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อย 75-95 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อย 100 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อยที่สุด

4. แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล ใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale พัฒนาขึ้นโดย Zigmond และ Snaith<sup>22</sup> แปลเป็นภาษาไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช<sup>23</sup> ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเนื้อหาเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย cystic fibrosis<sup>24</sup> ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน แบบประเมินความวิตกกังวลได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .84 แบบประเมินอาการซึมเศร้าได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .85 ข้อคำถามประกอบด้วย คำถามความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 มีพิสัยของคะแนนแต่ละส่วนตั้งแต่ 0-21 และคำถามอาการซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 มีพิสัยของคะแนนแต่ละส่วนตั้งแต่ 0-21 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าจนถึงมีเล็กน้อย 8-10 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าปานกลาง 11-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้ามาก

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (หนังสืออนุมัติหมายเลข Si731/2015) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยคำนึงถึงอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ การเก็บความลับของข้อมูลสิทธิการถอนตัวออกจากโครงการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และยังคงได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอ

ความร่วมมือจากพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นผู้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยกับผู้วิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินจำนวน 3 ชุด ระยะเวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 45-60 นาที

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 ถึงเดือนตุลาคม 2559

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเป็นขั้นตอนที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น<sup>25</sup> ในการใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเป็นขั้นตอน ได้ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.9 อายุเฉลี่ย 65.6 ปี (SD = 13.08) อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 62 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.7 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือนร้อยละ 68.5 (Mean = 14,489.8, SD = 24,542.3) ใช้สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรงร้อยละ 43.5 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบร้อยละ 75 มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมร้อยละ 79.6 ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและตันมีความพิการระดับปานกลาง คะแนน NIH Stroke Scale 5-14 ร้อยละ 44.8 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก คะแนน Glasgow Coma Scale 13-15 ร้อยละ 83.3 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 65.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วันร้อยละ 54.6 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดเมื่อกลับบ้านร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.1 มีอายุเฉลี่ย 47.8 ปี (SD = 13.4) อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 58.3 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 37 อาชีพรับจ้างร้อยละ 30.5 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลานของผู้ป่วยร้อยละ 64.7 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท/เดือนร้อยละ 40.7 (Mean = 24,566.4, SD = 24,628.2) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล 16-24 ชั่วโมงร้อยละ 38.9 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 วันร้อยละ 61.1 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.9 มีโรคประจำตัวร้อยละ 36.1 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 64.8 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 75 โดยมีจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 1-2 คนร้อยละ 66.7 เหตุผลที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแล คือ เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงร้อยละ 70.4 ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 84.3 ผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย คือ พยาบาลร้อยละ 70.4 ข้อมูลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ กายภาพบำบัดร้อยละ 76.9

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 21.5, SD = 6.2) มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย (Mean = 6.5, SD = 4.0) มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในระดับน้อย (Mean = 5.6, SD = 4.5) และผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพามาก (Mean = 45.7, SD = 34.4)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมของผู้ดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย (n = 108)

ตัวแปร	Mean	SD	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	ช่วงคะแนน ที่ได้	ระดับคะแนน
ความพร้อมของผู้ดูแล	21.5	6.2	0-32	2-32	ปานกลาง
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	6.5	4.0	0-21	0-18	น้อย
อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล	5.6	4.5	0-21	0-18	น้อย
ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย	45.7	34.4	0-100	0-100	มาก

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .434, p < .05$ ;  $r = .417, p < .05$  ตามลำดับ) ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .294, p < .05$ ) แต่การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .047, p > .05$ )

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 108)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความวิตกกังวล	1				
2. อาการซึมเศร้า	.728**	1			
3. ความเพียงพอของรายได้	-.126	-.221*	1		
4. ระดับการพึ่งพา	-.373**	-.330**	-.084	1	
5. ความพร้อมในการดูแล	-.434**	-.417**	.047	.294**	1

\*\*p < .01 (2-tailed), \*p < .05 (2-tailed)

จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรผันของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 19 โดยพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.43, p < .05$ ) โดยอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ไม่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**ตารางที่ 3** ค่าสถิติสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนของความวิตกกังวลของผู้ดูแล อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 108)

ตัวแปร	b	SE	beta	T	p	95%CI
ค่าคงที่	25.83	1.03	-	25.09	.00	23.79, 27.87
ความวิตกกังวล	-.67	.14	-.43	-4.96	.00*	.93, -.40

\*p < .05, R<sup>2</sup> = .19, R = .43

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 21.5, SD = 6.2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระดับมากร้อยละ 51.9 มีความพร้อมในระดับปานกลางร้อยละ 44.4 และมีความพร้อมในระดับน้อยร้อยละ 3.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร<sup>15</sup> ในการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 126 ราย พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางร้อยละ 37.7 มีความพร้อมในระดับน้อยร้อยละ 11.5 และไม่มีความพร้อมเลยร้อยละ 0.8 ซึ่งผู้ดูแลครึ่งหนึ่งมีความพร้อมปานกลางถึงไม่มีเลย เนื่องจากไม่เคยได้รับข้อมูลการฝึกการดูแลผู้ป่วยมาก่อนร้อยละ 44 และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 40 และมีภาระหน้าที่ในการดูแลบุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยร้อยละ 39.2 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือร้อยละ 75 และมีคนช่วยตั้งแต่ 1-2 คน มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 66.7 ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความคอยสนับสนุนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งอาจผลให้เกิดการรับรู้ว่ามีความพร้อมในระดับมากถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่

ความวิตกกังวลของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mean = 6.5, SD = 4.0) โดยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 18.5 และมีความวิตกกังวลมากร้อยละ 16.7 เนื่องจากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือมีระดับการพึ่งพานานกลางถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 75.9 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกกังวลไม่ทราบว่าจะผู้ป่วยเป็นอะไรในระยะแรก

กังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเหมือนกับผู้ป่วยรายอื่นที่เคยเห็นมา และไม่ทราบว่าจะวางแผนสำหรับากรดูแลในอนาคตอย่างไร ต่างจากการศึกษาของ รัชนิพร ภัทรปรกรณ์ และคณะ<sup>26</sup> ที่ไม่พบผู้ที่มีความวิตกกังวลมากเลย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปีขึ้นไปร้อยละ 76.9 และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 82

อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าจนถึงมีเล็กน้อย (Mean = 5.6, SD = 4.5) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 33.3 เนื่องจากผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 66.7 ซึ่งผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยที่มาก ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาดูแลตนเองน้อยลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมคลายเครียด มีความกังวลใจมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการซึมเศร้าได้<sup>11</sup>

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง r = .73 เนื่องจากลักษณะของเครื่องมือ HADS ที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า เป็นเครื่องมือชุดเดียวกันอาจทำให้เกิดความสอดคล้องกันได้มากกว่าทั่วไปได้ และจำนวนผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับมากที่จัดว่าผิดปกติมีร้อยละ 16.7 กับจำนวนผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับมากที่จัดว่ามีความผิดปกติมีร้อยละ 14.8 ของจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจเกิดจากทั้งกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมดเป็นผู้รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ และกลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวในการรับบทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่มากกว่าปกติได้ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือให้ได้รับการแก้ไข ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินและ

ให้การช่วยเหลือก่อนที่ผู้ดูแลจะกลับไปอยู่บ้าน ช่วยให้ ผู้ดูแลมีความพร้อมก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเสีย ต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ที่ เพียงพอและเหลือเก็บร้อยละ 41.7 สอดคล้องกับการศึกษา ของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร<sup>15</sup> พบว่าความเพียงพอของ รายได้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 63.8 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท/เดือนร้อยละ 40.7 เฉลี่ย 24,566.39 บาท/เดือน และในการศึกษาของ กฤษณีย์ คมขำ ดวงใจ รัตนธัญญา และกิตติดา ไกรนุวัตร<sup>27</sup> ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พบว่าผู้ดูแลมีรายได้ 10,000-20,000 บาท/เดือน เฉลี่ย 26,634.15 บาท/เดือน

ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย พบผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพา มาก (Mean = 45.7, SD = 34.4) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ogunlana และคณะ<sup>4</sup> ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย พบว่าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพามาก ร้อยละ 77

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความวิตกกังวลเพียงปัจจัย เดียวที่สามารถอธิบายความแปรผันของความพร้อมของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 19 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.43, p < .05$ ) สามารถอธิบาย ได้ว่า ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกและต้องเป็นผู้ดูแลหลัก ยังไม่มีประสบการณ์มาก่อน ย่อมจะมีความวิตกกังวลที่ต้องเข้ามารับมือกับสิ่งที่ ไม่เคยทำมาก่อน ร่วมกับส่วนใหญ่ที่เข้ามารับบทบาทเพราะ เห็นว่าเป็นหน้าที่โดยตรง ทำให้กังวลว่าจะทำไม่ได้ หรือ ทำได้ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วยในความดูแลที่เป็นที่รักได้ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ เป็นความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในคนปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน<sup>13</sup> เฉพาะความวิตกกังวล ว่าด้วยประเด็นความวิตกกังวลเป็น เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ (emotional well-being) เข้ามาเชื่อมโยงการเปลี่ยนผ่านในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน จากสถานการณ์ สภาวะ หรือสถานที่หนึ่ง เป็นอีก

สถานการณ์หนึ่งซึ่งมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อความ สำเร็จของการเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแล จากปกติเคยดูแล บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงเปลี่ยนมาเป็นการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลจะส่งผลให้เกิดความพร้อม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลง

จากผลการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้าของผู้ดูแลและ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความพร้อม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถอธิบาย หรือทำนายความพร้อมของผู้ดูแลได้ ( $p > .05$ ) ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษาของ สาดิ สายทอง<sup>28</sup> ที่ศึกษาความพร้อมของ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรค Parkinson จำนวน 85 ราย ในระยะแรกรับ 2 ปี และ 10 ปี พบว่าอาการ ซึมเศร้าสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลทั้ง 3 ระยะ ได้ อาจเนื่องจากการใช้เครื่องมือ CES-D ในการประเมิน อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ และ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ดูแลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ การดูแลมาก่อน และยังไม่ได้ออกไปรับบทบาทผู้ดูแล ขณะอยู่ที่บ้านอย่างแท้จริง ต่างจากการศึกษาในผู้ที่มี ประสบการณ์มาก่อนที่ทำให้มีผลต่อความวิตกกังวลของ ผู้ดูแลมากกว่าเกิดภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ความวิตกกังวลมี โอกาสเกิดมีอิทธิพลต่อความพร้อมได้มากกว่า

สำหรับปัจจัยด้านอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่า ไม่สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎี การเปลี่ยนผ่าน ทั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์ของความวิตก กังวลและอาการซึมเศร้ามีค่อนข้างสูง ( $r = .73, p < .05$ ) ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพร้อม ของผู้ดูแลมากกว่าความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับความ พร้อมของผู้ดูแล เมื่อเข้าสมการถดถอยแบบขั้นตอน จึงทำให้ผลอิทธิพลของอาการซึมเศร้าที่มีต่อความพร้อม ของผู้ดูแลลง อาการซึมเศร้าจึงไม่เกิดอิทธิพลอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีความสัมพันธ์กับความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

สำหรับปัจจัยทำนายด้านการรับรู้ความเพียงพอของ

รายได้ของผู้ดูแล พบว่าไม่สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $p > .05$ ) ผลการศึกษาชี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Chick และ Meleis<sup>14</sup> ที่กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งในที่นี้หมายถึง การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลในการเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแล ที่เข้าไปสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านจากผู้ดูแลเปลี่ยนผ่านจากการดูแลคนปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล แต่เนื่องจากผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ย 24,566.39 บาท/เดือน ซึ่งค่อนข้างมาก มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 64.8 ผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 75 โดยมีจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1-2 คนร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรงร้อยละ 43.5 และมีรายได้เฉลี่ย 14,489.81 บาท/เดือน อาจช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล ทำให้ผลในการศึกษานี้พบว่าความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแล

ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย พบว่าไม่สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวผู้ดูแลมีสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 64.8 และมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 1-2 คนร้อยละ 66.7 ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่ช่วยผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยไม่ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแล จากการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร<sup>15</sup> พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพร้อมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความต้องการพึ่งพาจากผู้อื่น

ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีคนช่วยเหลือแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการพึ่งพาสูง จึงทำให้ระดับการพึ่งพาไม่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งไม่สนับสนุนการมีอิทธิพลของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยต่อความพร้อมของผู้ดูแลตามแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และในการศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่แม้จะเป็นครั้งแรกแต่ได้รับความรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 84.3 โดยผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมีทั้งพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร้อยละ 70.4 จากการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ<sup>16</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ นอกจากนั้นผู้ป่วยก็ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองไปพร้อมกับญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพาสามารถนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการดูแลตนเองได้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กันทะขู และคณะ<sup>29</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การช่วยเหลือและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

## References

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603.
2. American Heart Association. Let's talk about stroke 2012 [Internet]. Dallas, TX: American Heart Association; 2012 [cited 2013 Apr 23]. Available from: [https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm\\_309725.pdf](https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_309725.pdf).
3. Seesawang J, Rungnoi N. Nursing care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(3):10-8. (in Thai).
4. Ogunlana MO, Dada OO, Oyewo OS, Odole AC, Ogunsan MO. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2014;32(1):6-12.
5. Othman Z, Wong ST, Drahman I, Zakaria R. Caregiver burden is associated with cognitive decline and physical disability of elderly post-stroke patients. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2014;22(9):1265-71.
6. Maheshwari PS, Mahal RK. Relationship of preparedness and burden among family caregivers of cancer patients in India. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2016;22:35-44.
7. Rukyingchareon K. Self adaptation of family caregivers of stroke patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2013;25(1):90-7. (in Thai).
8. Atteih S, Mellon L, Hall P, Brewer L, Horgan F, Williams D, et al. Implications of stroke for caregiver outcomes: findings from the ASPIRE-S study. *Int J Stroke*. 2015;10(6):918-23.
9. Hamirattisai T, Raethong P. Perceived preparedness in caregiving among stroke's caregivers. *Thammasat Journal of Science and Technology*. 2013;21 Suppl 7:634-9. (in Thai).
10. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. *Palliative Med*. 2013;27(7):639-46.
11. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal*. 2016;35(1):14-27. (in Thai).
12. Pesantes MA, Brandt LR, Ipince A, Miranda JJ, Diez-Canseco F. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *eNeurologicalSci*. 2017;6:33-50. doi: 10.1016/j.ensci.2016.11.004.
13. Chuluunbaatar E, Pu C, Chou YJ. Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia. *Top Stroke Rehabil*. 2017;24(4):314-21.
14. Chick N, Meleis AI. Transition: a nursing concern. In: Chinn PL, editor. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p.237-57.
15. Charoenwuttimakorn P. Factors related to preparedness for caregiving among caregivers of patients with ischemic stroke [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2012. 153 p. (in Thai).
16. Phommatat P, Watthnakitkrileart D. Factors influencing caregivers' readiness in caring patients with tracheostomy in transition

- from hospital to home. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2011; 23(3):107-18. (in Thai).
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
18. Archbold PG, Stewart BJ, Hornbrook M. *PREP: family-based care for frail older persons*. Portland, OR: School of Nursing, Oregon Health & Sciences University; 1999.
19. Pucciavelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the caregiver preparedness scale in caregivers of stroke survivors. *Heart Lung*. 2014;43(6):555-60.
20. Wirojratana V. *Development of the Thai family care inventory [dissertation]*. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2002. 262 p.
21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
23. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1996;41(1):18-30. (in Thai).
24. Duff AJ, Abbott J, Cowperthwaite C, Sumner C, Hurley MA, Quittner A, et al. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: a cross-sectional study. *J Cyst Fibros*. 2014;13(6):745-53.
25. Srisatidnarukul B. *The methodology in nursing research*. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2007. (in Thai).
26. Pattharapakorn R, Saneha C, Puwarawuttipanit W, Nilanont Y. The Influences of Anxiety, Perceived health status and social support on self-care behaviors of stroke caregivers. *Journal of Nursing Science*. 2014;32(2):52-61. (in Thai).
27. Khomkham k, Rattanathanya D, Krainuwat K. Predictive factors for adaptation among caregivers of stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015;16(2):114-22. (in Thai).
28. Saithong S. *Caregiver preparedness over a 10-year period: a study of Parkinson's disease spouses [dissertation]*. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2012. 174 p.
29. Kunthakhu S, Watthnakitkriearat D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*. 2009;27 Suppl 2:83-91. (in Thai).