



ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

นางประภาพร คำมุงคุณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2566

ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

นางประภาพร คำมุงคุณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2566

FACTORS PREDICTING THE BURDEN OF CAREGIVERS CARING FOR  
STROKE PATIENTS

BY

Mrs. PRAPHAPORN KHAMMUNGKHUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

ADULT AND OLDER ADULT NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2023

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์


ของ

นางประภาพร คำมุงคุณ  
เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


เมื่อ วันที่ 23 พฤษภาคม 2567

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....


(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ ห่านิรติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

  
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

  
.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตพิชญ์ษา สายิยามาส)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย)

คณบดี

  
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยักมล รัชนกุล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางประภาพร คำมุงคุณ
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิชา สาทิมมา
ปีการศึกษา	2566

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เกิดความรู้สึกรับเป็นภาระการดูแล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 129 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79, .86, .89, .70, .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38 ( $\bar{X} = 31.81, SD = 14.66$ ) ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = -.278$ )

ผลการศึกษานี้บุคคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ประโยชน์ โดยเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** ภาวะการดูแล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง

Thesis Title	FACTORS PREDICTING THE BURDEN OF CAREGIVERS CARING FOR STROKE PATIENTS
Author	Mrs. Praphaporn Khammungkhun
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Adult and Older Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Benyaporn Bunnasan, Ph.D., R.N.
Thesis Co-Advisor	Associate Professor Jinpitcha Satiyamas, Ph.D., R.N.
Academic Years	2023

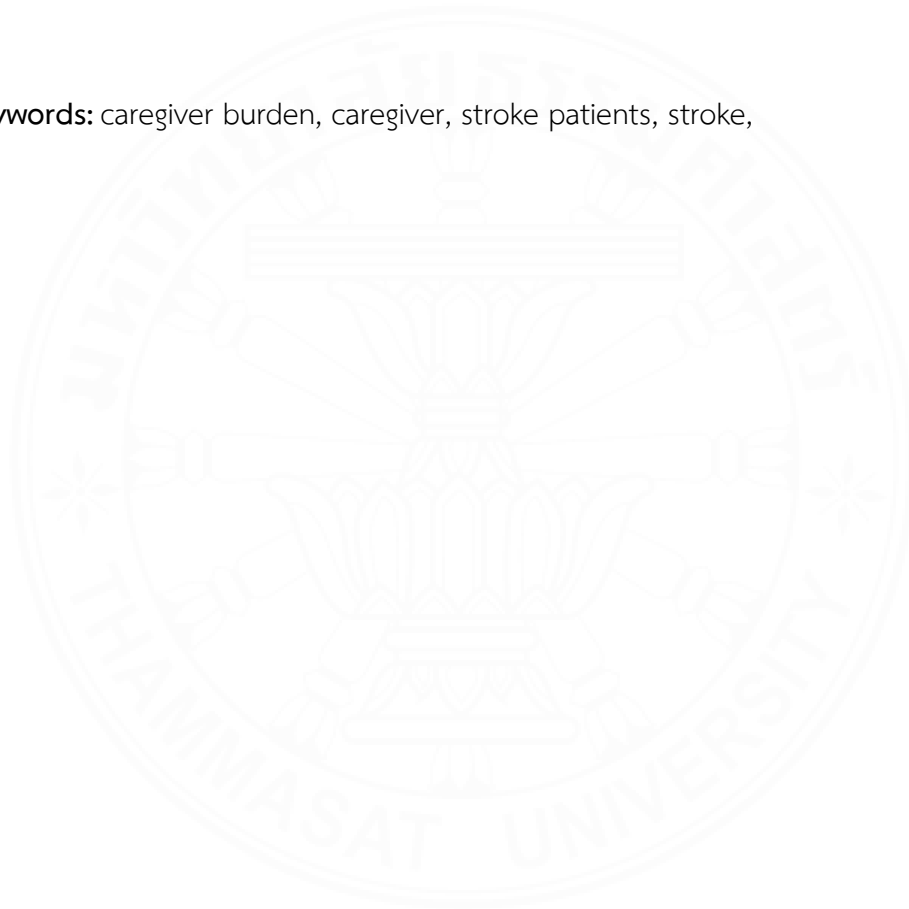
### Abstract

Stroke causes permanent disability, making its necessary to provide close supervision at all times and causing an impact on the burden of caregivers. This research applied a predictive correlational research design to study the predictive factors of the caregiver burden for caregivers of stroke patients. The sample was selected using a stratified random sampling method resulting in the sample size of 129 caregivers for stroke patients aged 18 years and over, who took the patients to visit the outpatient department of four tertiary hospitals in Health Service Area 13, Bangkok, consisting of Vajira Hospital, the Neurological Institute of Thailand, Nopparat Ratchathanee Hospital, and Lerdsin Hospital. Data collection was performed using various tools, namely the caregivers' demographic questionnaire and patients' general information records, the Barthel Index for Activities of Daily Living, the Zarit Burden Interview, the Social Support Scale, the Test of Caregivers' Knowledge about Caring for Stroke Patients, and the eHealth Literacy Scale for Caregivers of Stroke Patients. The reliability values were .79, .86, .89, .703, and .97, respectively. The data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results indicated that caregiver 's burden had a moderate level, 38 percent ( $\bar{x}$  =31.81, SD=14.66). Knowledge about caring for stroke patients ( $\beta$  = -.278) significantly predicted the burden of care for stroke patient caregivers at a level of .01.

These findings can be utilized by health professionals as guidelines for creating activities that provide knowledge and promote the skills involved with caring for stroke patients in order to reduce their burden of care.

**Keywords:** caregiver burden, caregiver, stroke patients, stroke,



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความเมตตา ความปรารถนาดี และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร และรองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น และช่วยตรวจทาน แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอน ตลอดจนให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัตติศัย ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ สนับสนุนและให้กำลังใจ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เป็นอย่างดีตลอดการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น รุ่นพี่และ รุ่นน้อง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ เป็นอย่างดีมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลวิชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลเลิดสิน ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่สนับสนุนตั้งแต่แรกเริ่มในการศึกษาต่อในระดับ บัณฑิตศึกษา คอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ประภาพร คำมุงคุณ

23 พฤษภาคม 2567

## สารบัญ

	บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
	กิตติกรรมประกาศ	(5)
	สารบัญตาราง	(10)
	สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1	บทนำ	
	1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป	9
	1.3 คำถามการวิจัย	9
	1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	9
	1.5 ขอบเขตการวิจัย	9
	1.6 นิยามศัพท์	9
	1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
	1.8 สมมติฐานการวิจัย	14
	1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
	2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	18
	2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	18
	2.1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง	18
	2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	20
	2.1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง	22
	2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	24
	2.1.6 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	25
	2.1.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	28
	2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	32
	2.2.1 ความหมายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	32
	2.2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	33
	2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	34
	2.3 ภาระการดูแล	35

## สารบัญ (ต่อ)

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล	35
2.3.2 ความหมายของภาระการดูแล (Burden)	35
2.3.3 ภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง	37
2.3.4 ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแล	41
2.3.5 การประเมินภาระการดูแล	43
2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล	45
2.4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย	45
2.4.1.1 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	45
2.4.1.1.1 แนวคิดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	45
2.4.1.1.2 ความหมายของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	45
2.4.1.1.3 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	46
2.4.1.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	48
2.4.1.2 ระยะเวลาของการเกิดโรค	49
2.4.1.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	49
2.4.1.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	49
2.4.1.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	50
2.4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล	50
2.4.2.1 การสนับสนุนทางสังคม	50
2.4.2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	50
2.4.2.1.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	51
2.4.2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม	52
2.4.2.1.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม	53
2.4.2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม	55
2.4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	56
2.4.2.2.1 แนวคิดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	56
2.4.2.2.2 ความหมายของความรู้	56
2.4.2.2.3 ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	58
2.4.2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	62
2.4.2.2.5 การเสริมพลังการเรียนรู้	63

## สารบัญ (ต่อ) เลือดสมอง

2.4.2.2.6	การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด	64
2.4.2.2.7	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด	65
	เลือดสมอง	
2.4.2.3	การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง	66
2.4.2.3.1	แนวคิดการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	66
2.4.2.3.2	ความหมายของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	66
2.4.2.3.3	องค์ประกอบการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	67
2.4.2.3.4	แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ	68
2.4.2.3.5	ปัจจัยเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	70
2.4.2.3.6	การประเมินการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	71
2.4.2.3.7	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	72
2.4.2.4	ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	73
2.4.2.4.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	74
2.4.2.5	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง	74
2.4.2.5.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดเลือดสมอง	75
2.4.2.6	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	75
2.4.2.6.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	76
2.4.2.7	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง	76
2.4.2.7.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง	77
2.4.2.8	ความแตกต่างระหว่างบุคคล	77
2.4.2.8.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคล	77
2.4.2.9	ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร	78
2.5	สรุปการทบทวนวรรณกรรม	79
บทที่ 3	วิธีการวิจัย	81
3.1	รูปแบบการวิจัย	81
3.2	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	81
3.2.1	ประชากร	81

## สารบัญ (ต่อ)

3.2.2	กลุ่มตัวอย่าง	
3.2.3	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	81
3.2.4	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	82
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
3.4	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	91
3.5	การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	92
3.6	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	94
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล	94
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	97
4.1	ผลการวิจัย	98
4.2	อภิปรายผลการวิจัย	109
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	116
5.1	สรุปผลการวิจัย	116
5.2	ข้อเสนอแนะ	117
	รายการอ้างอิง	118
	ภาคผนวก	142
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	141
	ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	154
	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย	155
	ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัย	170
	ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	181
	ประวัติผู้วิจัย	185

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แสดงระดับของคะแนน Modified Rankin Scale	47
3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล	84
3.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลหลังจากปรับลดจำนวนเหลือ 4 โรงพยาบาล	86
4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ตีบตัน	98
4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตัน	103
4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ตีบตัน	105
4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	106
4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค	106
4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทาง สังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้าน สุขภาพ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตัน ของกลุ่มตัวอย่าง	107
4.7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนาย การดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตัน	108
4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R) <sup>2</sup>	109

## สารบัญภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดปัจจัยทำนายภาระการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	13
3.1 แสดงการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง	83
3.2 ขั้นตอนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง	85



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke or Cerebrovascular Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (The World Stroke Organization: WSO) พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคนทั่วโลก เป็นผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 12.2 ล้านคนต่อปี พบผู้ป่วยอายุ 17-49 ปี ร้อยละ 16 และพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6.7 ล้านคนต่อปี (WSO, 2022) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 156,429 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย โดยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยมีอายุน้อยลง (กรมควบคุมโรค, 2566)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวาง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง และส่งผลให้ร่างกายเป็นอัมพาต (Coupland, Thapar, Qureshi, Jenkins, & Davies, 2017) โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) ชนิดที่เกิดจากการตีบ (Ischemic stroke) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 85 และ 2) ชนิดที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือด (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 15 (Murphy & Werring, 2020) แม้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกพบน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีอัตราการตายสูงกว่าและก่อให้เกิดความพิการที่รุนแรงกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Salvadori et al., 2020) สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) และภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการอุดตันที่ผิดปกติของหลอดเลือดนำไปสู่การตีบ การอุดตันและแตกของหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการอย่างถาวรและเสียชีวิตได้ (Katan & Luft, 2018) โดยพบความพิการอย่างถาวรกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย (ชิษณุพงศ์ จันมี และคณะ, 2564)

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในหลายมิติ จากพยาธิสภาพของโรคจะก่อให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการอ่อนแรงครึ่งซีกพบมากถึงร้อยละ 51 (Bensensor et al., 2015) ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อสาร ร้อยละ 42 (Flowers et al., 2016) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ร้อยละ 30 (Takizawa, Gemmell, Kenworthy, & Speyer, 2016) การกลืนลำบากอาจทำให้เกิดการสำลักและเป็นสาเหตุ

ของภาวะปอดอักเสบ โดยพบความชุกของภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักได้ ร้อยละ 40.3 (Takizawa et al., 2016) และเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำคือ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ร้อยละ 28 การติดเชื้อ ร้อยละ 12 (Suri & Qureshi, 2013) การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 29 (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016) ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ร้อยละ 70 (Hazelton, 2022) การสูญเสียความทรงจำ ร้อยละ 38 (Sexton et al., 2019) และการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 8 (Rowe et al., 2013) ซึ่งความผิดปกติของร่างกายจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ร้อยละ 31 (Hackett & Pickles, 2014) นอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกายก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ปักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยเนื้อตัวและปวดหลัง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ทางด้านจิตใจพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสูง ร้อยละ 13.75 (อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, & อภิญญา วงศ์ชาลี, 2562) ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.83 (เชิดชาย ชยวิทย์, 2559) ผลกระทบทางด้านสังคมจากขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลงส่งผลให้ขาดเครือข่ายทางสังคม เกิดความยากลำบากในด้านการดำเนินชีวิต ความผาสุกในชีวิตลดลง (Hekmatpou, Mohammad Baghban, & Mardanian Dehkordi, 2019) ด้านเศรษฐกิจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลหลายอย่างโดยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 19,200-24,850 บาทต่อเดือน (นนทเกียรติ สมทรัพย์ และคณะ, 2563) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นคู่สมรส มากที่สุด รองลงมาคือ บุตรสาว (Wang et al., 2021) โดยผู้ดูแลจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ผ่องพัทธ์ จันทรศิริ, 2564) เมื่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงมักต้องการจำนวนชั่วโมงในการดูแลยาวนานขึ้น เนื่องจากต้องช่วยเหลือกิจกรรมที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดความอิสระ ขาดกิจกรรมทางสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014) และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) การศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสันป่าตอง พบความชุกของภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 63.7 (ชนาสีทิพย์ วิจิตรราพันธ์, 2559) และจากการศึกษาของจารย์และคณะ (Jaracz et al., 2015) พบผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลสูงในช่วง 6 เดือนแรกถึงร้อยละ 44 ส่วนในระยะ 5 ปีถัดมาพบว่าผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแล ร้อยละ 30 การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในระยะแรกของการดูแล ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระการดูแล เช่น รู้สึกวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยมีอาการเลวลง กลัวจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ (ธีรนุช ห่านิรติศัย และปริญญา แร่ทอง, 2556) ซึ่งความวิตกกังวลและความกลัวจะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นผลให้รู้สึกเกิดภาระการดูแล (ทศพร แสงศรีจันทร์, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งการเกิดภาระการดูแลนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความยาวนานและความรุนแรงของโรค (Zarit, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยระยะเวลาของการเกิดโรค ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สื่อสารลำบาก เกิดภาวะคับข้องใจ ยืนนานทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาของพอนท์และคณะพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้น (Pont et al., 2020) ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้นยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาาระดับสูงมาก ซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด ทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระงานมากขึ้น ใช้เวลานานขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกภาระการดูแล (Mamom & Daovisan, 2022)

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Zarit, 2008) ปัจจัยด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลเป็นบุคคลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ถ้าไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายถึงชีวิต (จารุวรรณ ปิยหิรัญ, 2563) ซึ่งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะเป็นอย่างดีก่อนกลับบ้านจะช่วยลดความวิตกกังวล และลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธ์ภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในบทบาท

การเป็นผู้ดูแล และสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไปในทิศทางที่ดี (พรชัย จุลเมมต์, 2565) ปัจจัยความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกทำให้คนมีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวได้แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ การศึกษา การเลี้ยงดูของบิดามารดา (อนันต์ตรี สมिति นราเศรษฐ์, 2560) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Carod-Artal, Ferreira Coral, Trizotto, & Menezes Moreira, 2009) และพบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล (นิพร ชัดตา, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2561) ปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การได้รับสนับสนุนด้านสิ่งของ ช่วยให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (กนกวรรณ ภัทรมัย, จุฑารัตน์ มีสุขโข, และสุธิตา ล่ามช้าง, 2562) การศึกษาของชิบะและคณะ (Shiba, Kondo, & Kondo, 2016) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม จากความสัมพันธ์ของคนใกล้ชิดมีผลทำให้ภาระการดูแลลดลงได้ ปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล เป็นความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว การพัฒนาในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Suka et al., 2013) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนว่าสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่ เช่น ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และมีบางปัจจัยยังไม่พบการศึกษา ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เช่น ปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่สมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการถาวร (Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018) จากความพิการถาวร ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย เกิดภาวะพึ่งพา ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งถ้าระดับความรุนแรงของโรคมามาก ยิ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในดูแลกิจวัตรประจำวันให้อย่างสมบูรณ์ มีกิจกรรมการดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ใช้เวลาดูแลนานขึ้น ซึ่งส่งผลต่อภาระการดูแล (Boonsin et al., 2021) จากการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ระดับความมีรุนแรงปานกลางถึงระดับความรุนแรงมาก พบภาระการดูแลถึงร้อยละ 66.6 (นิรชา ภูวนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวิโร, 2563) จากการศึกษาภาระการดูแลทั้งในและต่างประเทศหลายการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือด

เลือดสมองมีผลต่อภาวะการดูแล ( Bhattacharjee, Vairale, Gawali, & Dalal, 2012; Boonsin et al., 2021; Jinpitcha Mamom, Daovisan, & Health, 2022) การศึกษาในประเทศโปแลนด์ของจาแรชและคณะพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ (Jaracz, Grabowska-Fudala, & Kozubski, 2012) ซึ่งขัดแย้งกับของธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2559) พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P > 0.05$  จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจนว่าสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม โดยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ การประทับประคองด้านอารมณ์ ที่ผู้ดูแลได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และเพื่อนที่ใกล้ชิด (Zarit, 2008) ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยในการลดความรู้สึกเป็นภาระ ลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญความเครียดได้ดี โดยการสนับสนุนความมีคุณค่าในตนเอง การจัดการกับความเครียด การผ่อนคลายการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การช่วยเหลือด้านแรงงาน การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว (ภาวิณี พรหมบุตร, 2556; ศตวรรษ อุตรศาสตร์, 2561) ซึ่งการได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา การสนับสนุนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้ (ดุชฎี ไตรยวงศ์, สุนีย์ ละกำป็น, และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2563) จากการศึกษาของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ( $r = -0.94, p < .01$ ) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ ร้อยละ 62.22 เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่าตนเองได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ ประกอบกับต้องรับภาระการดูแลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลงจึงทำให้ได้รับการเอื้อประโยชน์ลดน้อยลง (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ( $r = -.23, p < .004$ ) (ศตวรรษ อุตรศาสตร์, 2561) จากการศึกษาของจาแรชและคณะ (Jaracz et al., 2012) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการสนับสนุนกับภาระการดูแลศึกษาในประเทศโปแลนด์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล มีความขัดแย้งกับการศึกษาของอะโคซิล และคณะ (Akosile et al., 2018) การศึกษาเรื่องการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไนจีเรียพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลมีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศหลายการศึกษา มีความแตกต่างในแต่ละบริบทซึ่งอาจจะมีผลต่อการศึกษา ทั้งนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่าสามารถนายภาวะการดูแลได้หรือไม่อย่างไร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสั่งสมมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ทศพร แสงศรีจันทร์, 2557) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องก่อนกลับบ้าน จึงเป็นส่วนสำคัญสามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน และรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (อนัญญา อุทิศสัมพันธ์กุล, 2565) จากการศึกษาปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะการดูแลในประเทศเกาหลีใต้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=-.23, p= .01$ ) (Kim, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวียดนามพบว่าความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ( $r=-.31, p= .01$ ) (Hanh, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2016) ในประเทศไทยพบการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.67% และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติผู้ดูแล (วรรณนภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทร์, 2561) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ชัดเจนว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอำนาจการทำนายภาวะการดูแลหรือไม่อย่างไร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเผยแพร่ออกมาในรูปแบบสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สื่อบนอินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน ไลน์ และเฟซบุ๊ก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพได้และนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบันได้นำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อลดภาระงานของมนุษย์ เทคโนโลยีมีการพัฒนาและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดเชื้อโควิด-19 ในระยะ 2 ปี ที่มีการระบาดระบบบริการสุขภาพได้มีปรับตัวต่อสถานการณ์โรคระบาด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำเทคโนโลยี

ดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) การพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อการเผยแพร่หรือให้บริการข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน (จักรพงษ์ ศรีราช, 2563) และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านก็มีการปรับเปลี่ยนเป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน ดังนั้นประชาชนในปัจจุบันจำเป็นต้องมีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเพื่อการเลือกสื่อสารสนเทศที่มีประโยชน์ และประยุกต์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Norman & Skinner, 2006)

การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลควรมีความสามารถ 6 ด้าน ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ 1) การรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร 2) การรู้สารสนเทศ 3) การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) การรู้สื่อคอมพิวเตอร์ และ 6) การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (Norman & Skinner, 2006) โดยแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บนับเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับประชาชนในการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว (เทอดศักดิ์ ไม่เท่าทอง, 2554) ซึ่งการเข้าถึงสื่อสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์รูปแบบแอปพลิเคชันบนมือถือของครอบครัวผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดภาระการดูแล (พัชรา เสถียรพัทธ์, โสภภาพันธุ์ สอาด, รุจิตรา วันวิษา, และอัครภา เกื้อสุวรรณ, 2563) การศึกษาปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีน พบว่าการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang, Gao, Sun, & Bishop, 2021) การศึกษาในประเทศไทยพบเป็นการศึกษาใน นักเรียน นักศึกษา เป็นส่วนใหญ่ (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2560; เจษฎากร เพิ่มพรทิวสุข และเนาวนิตย์ สงคราม, 2564; พนิดนาฏ ชำนาญเสื่อ และคณะ, 2559) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ชัดเจนว่าปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีอำนาจการทำนายภาระการดูแลหรือไม่ อย่างไร ปัจจุบันการคมนาคม การติดต่อสาร มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลไปใช้อย่างกว้างขวางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร เมืองหลวงของประเทศไทย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ประชาชนมีการดำเนินชีวิตต่างคนต่างอยู่ ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูงแตกต่างจากชุมชนชนบท โดยปีพ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 346.40, 219.86, 285.44 ตามลำดับ และพบอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 12.02, 13.11, 12.21 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) มีหน่วยบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง โรงพยาบาลกรมการแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 3 แห่ง โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง (สถาบันประสาทวิทยา, 2561) การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลตติยภูมิเนื่องจากมีหน่วยบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษานี้ ไม่ได้ศึกษาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เนื่องจากบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สะดวกให้ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการศึกษาในหลายบริบทและหลายมิติ เช่น วิถีชีวิตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท การศึกษาด้านความเครียดของผู้ดูแล การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแล การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสังคมเมือง ประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น มีความหลากหลายของผู้คน มีการพึ่งพากันน้อย ใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบดิ้นรนในการประกอบอาชีพ (นิโรธ ทองธรรมชาติ, 2559) และมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง จึงสนใจที่จะศึกษาในบริบทกรุงเทพมหานคร จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับความรุนแรงของโรค พบว่ามีความไม่สอดคล้องกัน และยังไม่ชัดเจนว่าสามารถทำนายภาระการดูแลได้หรือไม่อย่างไร ส่วนปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยทำนายภาระการดูแล คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำมาใช้วางแผนการดูแล ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2.2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 1.3 คำถามการวิจัย

- 1.3.1 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
- 1.3.2 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ อย่างไร

## 1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

- 1.4.1 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4.2 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.4.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4.4 การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
- 1.4.5 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 1.5 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะการดูแลต่อผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม 2566

## 1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

**ภาวะการดูแล** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งสร้างความยากลำบาก และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และปฏิกริยาภาวะทางอารมณ์ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของซาริท ( Zarit, 1990; Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ซึ่งได้รับดัดแปลงและการแปลเป็นภาษาไทย โดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ

วรรณรัตน์ ลาวัง (2554) แบบสอบถามมี 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ คะแนนต่ำ หมายถึง มีภาวะการดูแลน้อย คะแนนสูง หมายถึงมีภาวะการดูแลมาก

**ผู้ดูแล** หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นมารดา ภรรยา สามี บุตรสาว พี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากที่สุด โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทน

**ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากหลอดเลือดสมองมีการตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และความพิการ ซึ่งจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความพิการถาวรหลงเหลืออยู่ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย เกิดภาวะพึ่งพา จำเป็นต้องมีคนดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมด วัดโดยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1965 (Mahoney, 1965) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2537) ประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมจาก 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น-ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง ระดับการพึ่งพาทั้งหมด ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก คะแนนสูง หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อยผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยเล็กน้อย

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่าในการเป็นผู้ดูแลหลัก การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ และแรงงาน จากคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นโดย เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2531) และได้มีการดัดแปลงโดย บุญมาศ

จันศิริมงคล (2550) แบบสอบถาม มี 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ 3) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือน้อย คะแนนสูง หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**หมายถึง** ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสั่งสมมาจากการศึกษาค้นคว้า เรียนรู้ และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล วัดโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

**การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**หมายถึง** ความรู้ความสามารถพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและเครือข่ายสารสนเทศ ความสามารถในการสืบค้น ทักษะการสื่อสาร ประเมิน ใช้ประโยชน์จากการใช้อินเทอร์เน็ตและแหล่งสารสนเทศจากเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม วัดโดยแบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาโดยนอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2560) แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (traditional literacy) 2) การรู้สารสนเทศ (information literacy) 3) การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (scientific literacy) 4) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) 5) การรู้สื่อคอมพิวเตอร์ (computer literacy) และ 6) การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (health literacy) มีจำนวน 8 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบ Likert scale เลือกตอบ 5 ระดับ คะแนนต่ำ หมายถึงความรู้ความสามารถน้อย คะแนนสูง หมายถึงความรู้ความสามารถสูง

## 1.7 กรอบแนวคิด

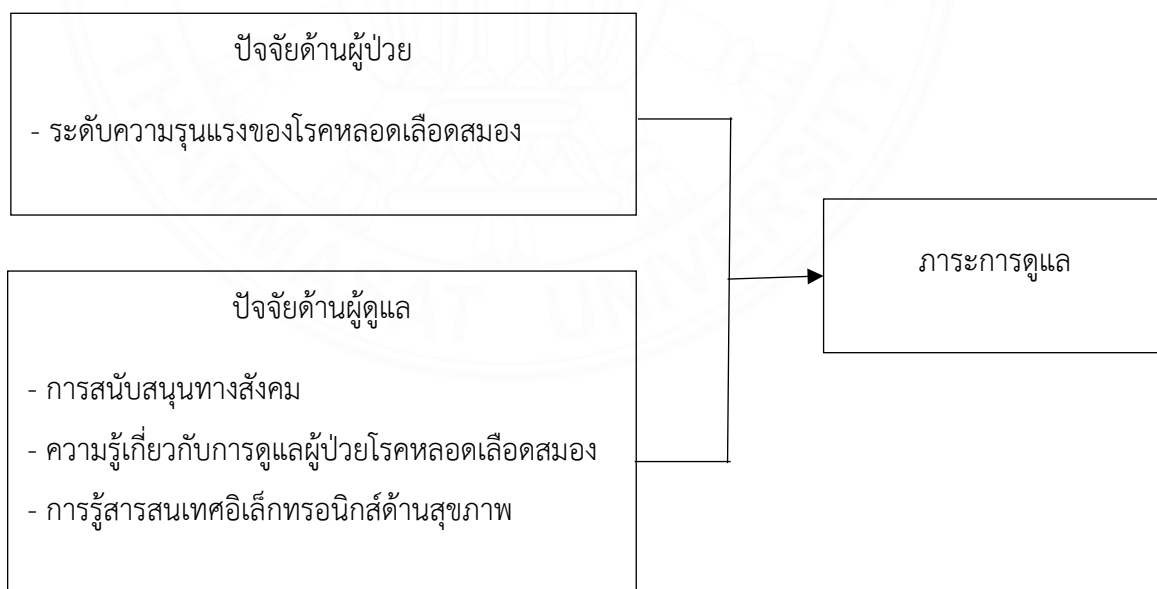
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแล (Zarit, 2008) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องปัจจัยมีผลต่อการดูแล โดยการดูแลเป็นการรับรู้ความรู้สึกผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งสร้างความยากลำบาก และส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และปฏิกริยาภาวะทาง

อารมณ์ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งซาริทได้อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นั้นแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาของการเกิดโรค ระดับความรุนแรงของโรค 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และรัฐสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยระยะเวลาของการเกิดโรค ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สื่อสารลำบาก ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น เกิดภาวะคับข้องใจ ยืนนานทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียดทางอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความต้องการดูแล และระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่สมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่ มีความพิการต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้นยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการช่วยเหลือทั้งหมด ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะงานมากขึ้น ใช้เวลานานขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกภาระการดูแล (Mamom & Daovisan, 2022) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงและมีภาวะพึ่งพาสูงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าแก่ผู้ดูแล (สาริกข์ พรหมมารัตน์, 2559) ปัจจัยความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกทำให้คนมีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวได้แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ การศึกษา การเลี้ยงดูของบิดามารดา (อนันต์ตรี สมิทธิ นราเศรษฐ์, 2560) ปัจจัยด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลเป็นบุคคลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ถ้าไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายถึงชีวิต (จารุวรรณ ปิยศิริ, 2563) ซึ่งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีก่อนกลับบ้านจะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีกิจกรรมดูแลตลอดเวลาและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแล ความยากลำบากความรับผิดชอบที่หนักเกินไป ซึ่งการได้รับสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดการได้รับ ความเห็นอกเห็นใจ การได้รับสนับสนุนด้านสิ่งของช่วยให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (กนกวรรณ ภัทรมัย, จุฑารัตน์ มีสุขโข, และสุธิตา ล่ามช้าง, 2562) ปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล เป็นความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว การพัฒนาในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีผลต่อการพฤติกรรมดูแลตนเอง (Suka et al., 2013) เนื่องจากการ

ดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้ดูแลจึงต้องหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโดยตรง นอกจากนี้ยังมีการหาข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีความหลากหลาย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นทักษะที่จำเป็น เพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยหรือตัดสินใจในการที่จะนำผู้ป่วยไปตรวจรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ดังนั้นการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ลดภาระการดูแล (Wang et al.,2021)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดัง แผนภาพที่ 1.1

#### กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดปัจจัยทำนายภาระการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 1.8 สมมติฐานการวิจัย

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

## 1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำมาใช้วางแผนการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้แนวทางในการศึกษาโดยรวมและนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.6 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2.2 ประเภทของผู้ดูแล
- 2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.3 ภาวะการดูแล

- 2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล
- 2.3.2 ความหมายของภาวะการดูแล
- 2.3.3 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3.4 ผลกระทบจากภาวะการดูแล
- 2.3.5 การประเมินภาวะการดูแล

#### 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 2.4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

##### 2.4.1.1 ระดับความรุนแรงของโรคของโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.4.1.1.1 แนวคิดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4.1.1.2 ความหมายของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4.1.1.3 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

##### 2.4.1.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.4.1.2 ระยะเวลาของการเกิดโรค
  - 2.4.1.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการเกิดโรค
- 2.4.1.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.4.1.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล
  - 2.4.2.1 การสนับสนุนทางสังคม
    - 2.4.2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
    - 2.4.2.1.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
    - 2.4.2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
    - 2.4.2.1.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
    - 2.4.2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
  - 2.4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.2.1 แนวคิดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.2.2 ความหมายของความรู้
    - 2.4.2.2.3 ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.2.5 การเสริมพลังการเรียนรู้
    - 2.4.2.2.6 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.4.2.3 การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.1 แนวคิดการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.2 ความหมายของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.3 องค์ประกอบการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.4 แนวทางการส่งเสริมการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.5 ปัจจัยเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.6 การประเมินการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
    - 2.4.2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
  - 2.4.2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
    - 2.4.2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
  - 2.4.2.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.4.2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.4.2.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

##### 2.4.2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

#### 2.4.2.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 2.4.2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.4.2.8 ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา

##### 2.4.2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา

#### 2.4.2.9 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

### 2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม



## 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

WHO (World Health Organization, 1973) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองซึ่งมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองผิดปกติ และทำให้มีความบกพร่องของระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง

AHA (American Heart Association) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออก ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทแบบเฉียบพลันหรือแบบทั่วไป ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้นๆ อย่างชั่วคราวหรือถาวร (Sacco et al., 2013)

สถาบันโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke: NINDS) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดเส้นเดียวกัน หรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ (Sacco et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนนั้นๆ

### 2.1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุ แบ่งตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (กันตพร ยอดไชย, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์, 2564)

1. การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจากสาเหตุดังนี้

1.1 หลอดเลือดตีบแคบ (thrombosis) จากหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองโดยตรงแข็ง (atherosclerosis) ตำแหน่งการตีบตันแบ่งออกเป็น (1) หลอดเลือดภายในสมอง หลอดเลือดที่พบได้

บ่อย คือ middle cerebral artery และ (2) หลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะ หลอดเลือดที่พบได้บ่อย คือ internal carotid artery เมื่อหลอดเลือดแข็งมีการแตกเป็นแผล (atherosclerotic plaque rupture) จะทำให้เกิดลิ่มเลือดเป็น carotid thrombosis ส่งผลให้หลอดเลือดตีบตันรุนแรงขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

1.2 หลอดเลือดอุดตัน (embolism) จากมีลิ่มหรือสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปใน หลอดเลือด มักพบในผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่พบบ่อย ได้แก่ atrial fibrillation ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ atrial fibrillation มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสูงขึ้นประมาณ 3 ถึง 5 เท่า (Kamel, Okin, Elkind, & Iadecola, 2016)

1.3 การไหลเวียนเลือดลดลง (hemodynamic/ low flow state) เกิดขึ้นเนื่องจากการลดลงของ cerebral blood flow ทั่ว ไป

2. หลอดเลือดในสมองแตก พบร้อยละ 25 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดซึ่งเกิดจากสาเหตุดังนี้

2.1 หลอดเลือดฝอยในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ในธรรมชาติหลอดเลือดฝอยในสมองเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กเท่าเส้นผมมนุษย์ แยกตัวออกจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ลดขนาดมาเรื่อย ๆ เข้ามาเลี้ยงในสมอง เมื่อมีความดันโลหิตสูงประกอบกับการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจากภาวะสูงอายุ หรือการมีไขมันในเลือดสูง จึงทำให้มีโอกาสเกิดการแตกของหลอดเลือดฝอยในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage: ICH)

2.2 หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำผิดปกติ (arteriovenous malformations: AVM) ปกติหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในร่างกายไม่ได้ติดต่อกันโดยตรง เนื่องจากมีความแตกต่างของลักษณะหลอดเลือดทั้งสองอย่างสิ้นเชิงหลอดเลือดทั้งสองจะติดต่อกันผ่านทางหลอดเลือดฝอย แต่ในภาวะที่หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำผิดปกติ หลอดเลือดทั้งสองจะติดต่อกันโดยตรงทำให้ความดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่สูงถูกถ่ายเข้าไปในหลอดเลือดดำ ทำให้หลอดเลือดดำหนาตัวขึ้นมีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปทำให้มีโอกาสแตกได้

2.3 หลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง (aneurysm) หมายถึง ผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอ มีการโป่งพองออกคล้ายลูกโป่ง ทำให้มีการบางตัวจนในที่สุดเกิดการฉีกขาดหรือแตกออก ทำให้มีเลือดแดงที่มีปริมาณมากและความดันที่สูงไหลทะลักคล้ายการแตกของท่อน้ำประปาเข้าท่วมสมอง หรือในโพรงสมอง

### 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย โดยพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี ส่วนชาวเอเชียและชาวแอฟริกาที่มีความเสี่ยงสูงกว่าชาวคอเคเซียน เป็นต้น (กันตพร ยอดไชย ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2564)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565) ได้แก่

2.1 โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดขาดเลือดเฉียบพลันและชนิดเลือดออกในสมองเพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะ Atherosclerosis มีอาการมากขึ้น การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติ (Systolic blood pressure: BSP) <140 mm Hg (<130 if diabetic) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งถ้าควบคุมความโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.7 เท่า และถ้าความดันโลหิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 10 mmHg ในเวลา 3 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.1 เท่า ของคนที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติ (Turan et al., 2017)

2.2 โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะ Atherosclerosis ได้ทั่วร่างกาย และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดการเกิดโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการตีบของหลอดเลือดเล็กๆ ที่สมองส่วนลึก ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017) และในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า ของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเกณฑ์ปกติ (Turan et al., 2017)

2.3 ภาวะไขมันสูงในเลือด (hyper lipidaemia) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพราะจะทำให้เกิดภาวะ Atherosclerosis ส่งผลให้หลอดเลือดมีความตีบตัน ซึ่งระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เส้นเลือดแดงใหญ่อุดตัน ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดสมองตายเป็นบริเวณกว้าง (Boehme, Esenwa, &

Elkind, 2017) จากการศึกษพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ควบคุมระดับ LDL ไม่ได้ตามเป้าหมายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 3 ปี 1.7 เท่า ของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับ LDL ได้ (Turan et al., 2017)

2.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial fibrillation จะพบมากในผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพราะหัวใจบีบตัวผิดปกติ ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันไปที่สมอง (Boehme et al., 2017) การศึกษพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงร้อยละ 38 และชนิดมีเลือดออกในสมองร้อยละ 23 (Björck, Palaszewski, Friberg, & Bergfeldt, 2013)

2.5 การสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด, การแข็งตัวของเลือด, เพิ่มระดับ Cholesterol, ลดระดับของ High density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ Catecholamine คนที่สูบบุหรี่จะมีปริมาณ Carbon monoxide เพิ่มขึ้นในเลือดผู้ที่สูบบุหรี่ และมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น จากการศึกษพบว่า การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 0.5 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (Turan et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ผลต่อความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสามารถทำนายความเสี่ยงของการเกิด เท่ากับ ร้อยละ 58.2 (ภัทรวดี แซ่ลี และคณะ, 2565)

2.6 หลอดเลือดแดงใหญ่แคโรติดตีบแคบ (carotid artery stenosis) ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสองเท่าในผู้ป่วย carotid artery stenosis และการตีบของหลอดเลือดแดงภายในกะโหลกศีรษะ (Internal carotid artery: ICA) มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 8 (Flaherty et al., 2013) อย่างไรก็ตามการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่แคโรติดตีบแคบที่ยังไม่มีอาการแสดงของสมองขาดเลือด (asymptomatic carotid stenosis) ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการผ่าตัด carotid endarterectomy ในผู้ป่วย asymptomatic carotid stenosis แต่ก็มีข้อจำกัดมาก เช่น การผ่าตัดต้องอยู่ภายใต้อัตราการเกิดผลแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ผู้ป่วยจึงจะได้ประโยชน์จากการผ่าตัด (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565)

2.7 ภาวะอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเส้นเลือดผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม<sup>2</sup> มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก 0.9 เท่า (Turan et al., 2017)

2.8 การไม่ออกกำลังกายการขาดการออกกำลังกายต่อเนื่อง จะมีผลต่อระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายทำให้ไขมันตัวดีลดลง ไขมันตัวร้ายเพิ่มมากขึ้น และการไม่ออกกำลังกายมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6.7 เท่า (Turan et al., 2017) ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบบปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย 10 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ (Kleindorfer et al., 2021)

2.9 การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและโปแทสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ควรรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ที่มีพืชเป็นส่วนประกอบหลัก ควรเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกำเริบ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.34 เท่า (Li, Cai, Bian, Hu, & therapeutics, 2012) ในทางตรงกันข้ามถ้าลดการบริโภคเกลือใน 1 วัน น้อยกว่า 1 g/d ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ (Kleindorfer et al., 2021)

2.10 การให้ฮอร์โมนทดแทนในภาวะหลังหมดประจำเดือน (postmenopausal hormone therapy) การศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างการให้ฮอร์โมนทดแทน เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสเตอร์โรน ในผู้หญิงอายุระหว่าง 55 ถึง 79 ปี พบว่าไม่ได้ประโยชน์ทางคลินิก อีกทั้งยังเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน 1.55 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา จึงไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนทดแทนในภาวะหลังหมดประจำเดือน (Rozenberg, Vandromme, & Antoine, 2013)

#### 2.1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสรีรภาพขึ้นกับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองและจากหลอดเลือดในสมองแตก ดังนี้

1. พยาธิสรีรภาพโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เมื่อเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวางอย่างทันทีทันใดจากหลอดเลือดตีบแคบ (thrombus) หรือหลอดเลือดอุดตัน (embolus) จะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์ใน

สมองเพิ่มขึ้น เกิดกรดแล็กติก สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าการขาดเลือดเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA) ถ้าการขาดเลือดเกิดขึ้นเป็นเวลานานทำให้สมองตาย ในบริเวณของสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณหนึ่งๆ จะมีระดับความรุนแรงของการขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เท่ากัน โดยบริเวณในสุดจะขาดเลือดมากที่สุดจนเนื้อเยื่อสมองตาย แต่บริเวณรอบนอกนั้นเซลล์ประสาทเพียงหยุดทำงานชั่วคราวไม่มีการสูญเสียโครงสร้างใดๆ เรียกบริเวณนี้ว่า พินัมบรา (Ischemic penumbra) เป็นบริเวณที่สามารถช่วยให้ฟื้นกลับคืนสู่สภาพปกติได้ แต่ถ้าปล่อยให้ภาวะขาดเลือดคงอยู่เป็นเวลานานต่อไปไม่ว่าภาวะขาดเลือดนั้นจะรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือคงเดิมก็ตาม บริเวณ penumbra จะกลายเป็นบริเวณของเนื้อสมองตายต่อไป ดังนั้นในปัจจุบันเป้าหมายในการรักษาจึงมุ่งเน้นที่จะเยียวยาบริเวณ penumbra ให้กลับสู่ปกติตนเอง (กันตพร ยอดไชย และคณะ , 2564)

2. พยาธิสรีรภาพโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดในสมองแตก ขึ้นอยู่กับสาเหตุและชนิดของความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) พบบ่อยในความดันโลหิตสูงเนื่องจากทำให้หลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) สูญเสียความยืดหยุ่นและแตกง่าย เมื่อเกิดเลือดออกในเนื้อสมอง ก้อนเลือดจะกดเบียดเนื้อสมองรอบๆ ทำให้เนื้อสมองโดยรอบบวมมาก ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื้อสมองที่ถูกกดตายและอักเสบ

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage) สาเหตุที่สำคัญที่สุด คือ การแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (rupture intracranial aneurysms) เนื่องจากผนังของหลอดเลือดแดงอ่อนแอจากการยืดขยายและแตกง่าย หรือ อาจเกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำซึ่งผิดปกติแต่กำเนิด (arteriovenous malformations: AVM) ซึ่งเป็นสาเหตุของ โรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมองที่พบบ่อยในคนที่มีอายุน้อย ทำให้การเผาผลาญของสมองถูกขัดขวางจากการกดของก้อนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้นสมองถูกกด และถูกทำลายจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (vasospasm) (กันตพร ยอดไชย และคณะ, 2564)

### 2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการขาดเลือด สาเหตุของการขาดเลือด ระยะเวลาที่มีอาการ หลอดเลือดสำรอง และส่วนของสมองที่หลอดเลือดนั้นๆ นำเลือดไปเลี้ยง เช่น ถ้ามีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลาง (middle cerebral artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่พบความผิดปกติบ่อยทำให้มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณเบซอลแกงเกลียและอินเทอร์นอล แคปซูล (Internal capsule) ซึ่งเป็นบริเวณที่มอเตอร์ พาทเวย์ (motor pathway) ที่จะไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายมารวมกันก่อนที่จะแยกออกไปตามไขสันหลัง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะกดและตัดขาดกระแสประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor impulse) ทำให้ซีกหนึ่งของร่างกายที่สมองส่วนนี้ไปควบคุมเป็นอัมพาต และเนื่องจากมอเตอร์ ไฟเบอร์ (motor fibers) ของสมองในแต่ละด้านจะไขว้กันก่อนที่จะลงสู่ไขสันหลัง ดังนั้นถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย จะทำให้เกิดอัมพาตของแขนขาและส่วนต่างๆ ของร่างกายซีกขวา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายมักมีอาการพูดไม่เข้าร่วมด้วย เนื่องจากศูนย์ควบคุมการพูดของคนส่วนใหญ่จะอยู่ในสมองซีกซ้าย เป็นต้น อาการแสดงของการรู้สึกตัวและการรับรู้ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะเป็นอาการนำ อาจปวดอย่างรุนแรงทันทีทันใดรุนแรงมากชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อนในชีวิต เวียนศีรษะ ค่อยๆ ซึมลงมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม หรือบุคคลรอบข้างช้าลง หรือไม่ตอบสนองเลย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจเริ่มพูดจาสับสน วุ่นวาย ผุดลุกผุดนั่งอย่างไม่มีสาเหตุ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เอะอะ โวยวาย อาจมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยก่อนที่จะซึมลงหรือหมดสติไปในที่สุด อาการแสดงของการขยับแขนขา มักจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง การอ่อนแรงจะมีอาการตั้งแต่รุนแรงเล็กน้อยไปจนถึงเป็นอัมพาต ไม่สามารถขยับแขนและขาข้างใดข้างหนึ่งได้เลย โดยทั่วไปการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออาจพบได้ตั้งแต่กล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น กล้ามเนื้อของการกลืนจนถึงกล้ามเนื้อของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดจะเป็นคนที่ประเมินการอ่อนแรงนี้ได้ดีที่สุด เช่น จากการพูดจากัน จะพบสำเนียงการพูดที่ผิดปกติ เนื่องจากลิ้นที่แข็ง นอกจากนี้อาจสังเกตว่า ผู้ป่วยมีใบหน้าเบี้ยวไป โดยสังเกตจากร่องแก้มรอบๆ จมูกและปากที่ไม่เท่ากันในขณะยิ้มยักฟัน และเมื่อให้ผู้ป่วยลองยกแขนทั้งสองข้างสูงกว่าหัวไหล่เล็กน้อย จากนั้นให้ผู้ป่วยแบมือออกและหลับตาผ่อนคลาย แขนข้างไม่สามารถแบมือออกได้เต็มที่ คือข้างที่อ่อนแรง (กันตพร ยอดไชย และคณะ, 2564)

## 2.1.6 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. การรักษาระยะเฉียบพลัน

การรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีหลักฐานประโยชน์ทางคลินิก มีอยู่ 4 การรักษา (สมบัติ มุงทวีพงษา, 2565) คือ

1. การเปิดหลอดเลือดในระยะเฉียบพลัน ด้วยการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolytic Therapy) หรือการใส่สายสวนลากก้อนเลือดจากหลอดเลือดแดง (endovascular treatment)

2. การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)

3. การให้ยาแอสไพริน (Aspin) ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ

4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่จากหลอดเลือด middle cerebral ถูกอุดกั้น

#### 1.1 การเปิดหลอดเลือดในระยะเฉียบพลัน

1.1.1 การให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolytic) ยาที่ต้องเป็น recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เท่านั้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2561 จากร้อยละ 9.9 เพิ่มเป็นร้อยละ 21.8 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี และผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมี NIHSS ลดลง เป็นที่น่าพอใจ (Marko et al., 2020) ขนาดยา rt-PA ที่แนะนำในแนวทางการรักษามาตรฐานคือ 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวผู้ป่วย 1 กิโลกรัม แต่ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยถ้าให้ยาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยจะมีโอกาสดีขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา 17 เท่า (Odds Ratio = 1.7) แต่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองร้อยละ 6.4 ถ้าให้ยา 3 ถึง 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ มีเกณฑ์ข้อห้ามเพิ่มขึ้นอีก

1.1.2 การรักษาด้วยการใส่สายสวนลากก้อนเลือดจากหลอดเลือดแดง (Endovascular treatment) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้มีการศึกษาวิจัย และพัฒนาเทคนิคการรักษาอย่างเชี่ยวชาญ ตลอดจนถึงอุปกรณ์ การศึกษาแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ทางคลินิกของการใส่สายสวนลากก้อนเลือด (endovascular treatment) อย่างชัดเจน (Singh, Kaur, & Kaur, 2013) โดยการศึกษาทั้งหมดจะให้การรักษาด้วย rt-PA ทางหลอดเลือดดำก่อนถ้าไม่มีข้อห้าม การศึกษาการรักษาด้วยวิธี Endovascular treatment ภายใน 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ เปรียบเทียบกับการได้รับการรักษาด้วยยาแบบปกติพบว่าผลทางคลินิกดี ลดอัตราความพิการลงได้ (Silva & Nogueira, 2020)

1.2 การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองเป็นหัวหน้าทีม พยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัดโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ความสำคัญของที่ตั้งและลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่มากเท่าการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับตัวเข้า Stroke unit (Disposition) ภายใน 3 ชั่วโมงหลังมาถึงโรงพยาบาล จากการศึกษาของยุพาพร หัตถโชติ (2560) พบว่าความรู้ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กลุ่มทดลอง) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

1.3 การให้ยาแอสไพริน (aspirin) ขนาด 160 มก. ถึง 300 มก. ต่อวันภายใน 48 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการช่วยให้รอดชีวิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสองสัปดาห์แรก แม้จะเริ่มต้นในช่วงหลังภายใน 14 วัน ที่มีข้อบ่งชี้ว่าจะต้องได้รับการรักษา ก็พบว่ามีความประโยชน์ทางคลินิก การรักษาด้วย aspirin พบว่าเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการถาวร เพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์จากโรคหลอดเลือดสมอง และความเสี่ยงต่อการตกเลือดอย่างรุนแรงต่ำมาก (Sandercock, Counsell, Tseng, & Cecconi, 2014)

1.4 การผ่าตัดปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่จากหลอดเลือด middle cerebral ถูกอุดตัน ผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่จากหลอดเลือด middle cerebral ถูกอุดตันมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองบวมไปกดเบียดสมองข้างเคียงใน 24 ถึง 72 ชั่วโมงหลังเกิดหลอดเลือดอุดตัน การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะช่วยให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง และอาจจะลดอันตรายทุติยภูมิจากการกดเบียดของสมองจากการเกิดสมองบวมได้ (สมบัติ มุงทวีพงษา, 2565)

## 1.2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด

เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะและป้องกันไม่ให้เลือดออกในสมอง มี 2 วิธี คือ การรักษาทางยา (Medical treatment) และทางการผ่าตัด (Surgical treatment) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551)

### 1. การรักษาทางยา (Medical treatment)

1.1 การควบคุมความดันโลหิตสูง การให้ยาลดความดันโลหิต ให้ในผู้ป่วยที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูง แต่ในผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงจากการมี

ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความดันเลือดจะไม่สูงมาก และมักจะลดลงเมื่อความดันในกะโหลกศีรษะลดลง จึงไม่จำเป็นต้องให้ยาลดความดันเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมักจะเสีย Autoregulation ของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองขึ้นอยู่กับความดันเลือดในระบบ หากมีความดันในกะโหลกศีรษะร่วมด้วยการลดความดันเลือดก็ยังมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงได้

1.2 การลดสมองบวมให้ Mannitol ซึ่งเป็น Hyperosmotic Solution มีประโยชน์ในการลดความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็วและลดอาการบวมของสมองการให้ Mannitol สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเลวลงและไม่ควรให้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ เพราะอาจทำให้เกิด acidosis และ renal failure ได้

## 2. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical treatment)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน คือ การผ่าตัด เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะและการผ่าตัดเส้นเลือดโป่งโดยทำการผ่าตัดเข้าไปถึงจุดที่เส้นเลือดโป่ง จากนั้นใช้ตัวหนีบที่ทำจากโลหะ เช่น ไทเทเนียม หนีบบนส่วนที่โป่งพองของเส้นเลือดผ่านกล้องผ่าตัด (Microscope) เพื่อไม่ให้แตกซ้ำต่อไป การรักษาด้วยการผ่าตัดที่นิยม มี 2 วิธี (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544) คือ

2.1 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยการทำ Craniectomy หรือ Craniotomy เปิดกะโหลกศีรษะออก แล้วทำ Cortical Incision เข้าไปหาก้อนเลือดใช้ Suction ดูดเอาเลือดออก

2.2 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่างๆของร่างกาย (Ventricular Drainage) ในรายที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเกิดจาก Hydrocephalus ที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลังจากลิ่มเลือดในห้วงสมอง (ventricle) หรือมีเลือดออกในสมองเป็นจำนวนมาก

## 2. การรักษาระยะยาว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้ว แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องการการฟื้นฟูสภาพในหลายๆด้าน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆด้าน ซึ่งผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนกว่าระบบการทำงานต่างๆของร่างกายจะมีการฟื้นฟูสภาพและกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วย

หลังพันวิฤตยยังมีเป้าหมายของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เยาวัตน์ รุ่งสว่าง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, 2560)

### 2.1.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และพบภาวะทุพพลภาพได้บ่อยในโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยในทศวรรษที่ผ่านมาได้ทำให้เกิดความรู้ใหม่ ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกที่เป็นพื้นฐานของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองและได้นำไปสู่การพัฒนาวิธีการรักษาแบบใหม่ (Belagaje, 2017)

**2.1.7.1 เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ** คือให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันและเดินได้ด้วยตนเอง กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็นหลายระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันซึ่งจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกระตุ้นกล้ามเนื้อให้ทำงานตามระดับของกำลังที่เหลืออยู่ ระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งจะเน้นการฝึกกล้ามเนื้อ การทรงท่า และการเคลื่อนไหวแขนขาในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการฟื้นตัวของระบบประสาทที่เรียกว่า neurological recovery ซึ่งกล้ามเนื้อจะมีกำลังมากขึ้น และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น รวมทั้งเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลนั้นในการใช้งานแขนขา และทำกิจวัตรประจำวันเองได้ดีขึ้นที่เรียก functional recovery การฟื้นตัวของระบบประสาทและเพิ่มระดับความสามารถที่ทั้งที่เกิดขึ้นเองหรือเป็นผลจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว เน้นการปรับสภาพแวดล้อม และการฝึกฝนเพื่อคงระดับความสามารถที่ฟื้นคืนกลับมาไม่ให้ถดถอยลงไป และไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง (กิงแก้ว ปาจารย์, 2561)

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยแนวทางสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. Restoration มุ่งเน้นกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบประสาท และแก้ไขความบกพร่องหรือความผิดปกติที่เกิดจากพยาธิสภาพ ให้ฟื้นตัวกลับมามีเดิมหรือใกล้เคียงปกติ เช่น Home exercise program to improve hemiparesis (Belagaje, 2017)

2. Compensation เป็นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความบกพร่องหรือความสูญเสียของผู้ป่วย โดยใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกเซชท์กษะที่ผู้ป่วยสูญเสียไป เช่น การใช้ปรีซึมในแว่นตาเพื่อแก้ไขภาวะสายตาสั้นภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Belagaje, 2017)

### 2.1.7.2 ความสามารถของสมองที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Neuroplasticity)

เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางทั้งโครงสร้าง (structural plasticity) และการทำงาน (functional plasticity) ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือกิจกรรมที่บุคคลนั้น ๆ ได้รับความ (activity หรือ experience-dependent experiences) จัดเป็นกลไกสำคัญของการฟื้นระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคสมอง ภายหลังเกิดพยาธิสภาพ เช่น มีการอุดตันหลอดเลือดสมองบางเส้น สมองส่วนที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดนั้นจะบวมขึ้น เมื่อการบวมลดลงแล้ว เลือดจะเริ่มกลับไปเลี้ยงสมองที่อยู่รอบ ๆ รอยโรค เรียกบริเวณดังกล่าวว่า penumbra (peri-infarct area) รวมทั้งมีการฟื้นสภาพของสมอง บริเวณที่ห่างออกไป ซึ่งเดิมทำงานสัมพันธ์กับสมองบริเวณรอยโรคด้วย เรียกว่ามีการฟื้นตัวจากภาวะที่สมองบางส่วนหยุดทำงานชั่วคราว (diaschisis) ซึ่งการฟื้นตัวของสมองตามกลไกนี้อาจเกิดขึ้นเองและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นจะเริ่มมี neuroplasticity และ cortical reorganization ของสมองส่วนที่ขาดเลือด และวงจรประสาทของเครือข่ายสมองที่เกี่ยวข้อง พบว่าในช่วงแรกหลังเกิดพยาธิสภาพของสมองส่วน cortex บริเวณที่ขาดเลือดจะทำงานลดลง สมองปกติซีกตรงข้ามจะทำงานมากขึ้น ซึ่งพบว่าแผนที่ของสมองส่วน cortex ที่ควบคุมการสั่งการร่างกายจะขยายใหญ่ขึ้น และจะส่งสัญญาณไปยังยังการทำงานของสมองซีกที่มีพยาธิสภาพ ผ่านทาง corpus callosum เรียกกระบวนการยับยั้งนี้ว่า transcallosal interhemispheric inhibition ทำให้สมองซีกที่มีรอยโรคทำหน้าที่ให้แย่งไปอีก พบปรากฏการณ์นี้ชัดเจนในกรณีที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ ในทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจฟื้นตัวได้เอง โดยฟื้นตัวได้เร็วภายใน 3 เดือนแรก หลังจากนั้นจะฟื้นตัวต่อไปช้า ๆ ถ้าพยาธิสภาพเกิดจากหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอุดตัน เช่น lacunar infarction ก็ฟื้นตัวได้ดีกว่าพยาธิสภาพที่เกิดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่อุดตัน เช่น พยาธิสภาพที่เกิดจาก middle cerebral artery อุดกั้น เป็นต้น หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ทำให้เกิด motor relearning

### 2.1.7.3 หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย (กึ่งแก้ว อาจารย์, 2561)

1. การเริ่มต้นฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว (Early rehabilitation) และจัดสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวบ่อย ๆ (enriched environment) ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวบ่อย ๆ จะกระตุ้นให้เกิด neuroplasticity และช่วยให้ระบบประสาทสั่งการฟื้นตัวได้ดีขึ้น แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการฝีกการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นมากเกินไป ภายในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังมีพยาธิสภาพ เนื่องจากอาจทำให้สมองเสียหายมากขึ้น ส่งผลเสียต่อการฟื้นตัวและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยด้วย

2. การเลือกฝึกกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง (Task-specific) เช่น หากต้องการให้ผู้ป่วยเดินได้ ก็ต้องฝึกเดิน หากต้องการให้ผู้ป่วยเขียนหรือลงลายมือชื่อได้ ก็ต้องฝึกเขียนและหัดลงลายมือชื่อ เป็นต้น โดยการฝึกแต่ละอย่าง ต้องทำให้การเคลื่อนไหวนั้นใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด

3. การฝึกฝนซ้ำ ๆ (Repetition) ซึ่งจะช่วยให้ cortical representation บริเวณสมองส่วน cortex ขยายใหญ่ขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้งานแขนขาข้างอ่อนแรงให้มากที่สุด (forced use) ถ้าไม่ใช้งานหรือใช้งานน้อยลง cortical representation ของสมองส่วนนั้น ๆ จะเล็กลงและทำงานน้อยลง

4. การทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Active performance) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ช้า ดูนุ่มง่าม และเสียเวลาบ้าง ก็ต้องช่วยให้กำลังใจและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และช่วยให้ฟื้นตัวดีกว่าการให้ผู้อื่นทำให้

5. การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ผ่านระบบประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ เนื่องจากพบว่าสมองส่วนที่ควบคุมการสั่งการและสมองส่วนรับรู้สีกทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด และมีเครือข่ายใยประสาทเชื่อมโยงกันมากมาย การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าร่างกายอยู่ในสภาวะใดและการเคลื่อนไหวถูกต้องหรือไม่ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสั่งการการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น เทคนิคการป้อนกลับที่นิยมใช้ได้แก่ การใช้เสียงพูด หรือจังหวะดนตรี การใช้กระจกสะท้อนการเคลื่อนไหวของแขนและมือข้างที่ดี เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวแขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาต (mirror therapy) และการฝึกหัดโดยใช้ virtual reality

6. กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับทักษะการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (shaping) ผู้ฝึกต้องปรับความยากง่ายของกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากฝึกกิจกรรมที่ยากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่ เศร้าหมอง กิจกรรมที่ยากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ ไม่ทำท่าย และไม่อยากทำ หลักการนี้สำหรับการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบตัวต่อตัว หรือใช้เป็นส่วนประกอบของการฝึก constraint induced movement therapy ซึ่งต้องมีการฝึกฝนอย่างเข้มข้น (massed practice) และมีการส่งเสริมให้กำลังใจหรือให้รางวัล (reinforcement) ร่วมด้วย

7. การฝึกทักษะใหม่ ๆ (Skill acquisition) จะช่วยให้ผู้ป่วยอยากฝึกมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ ก็จะรู้สึกดีใจ ภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองก้าวหน้าขึ้น และมีความหวังที่ได้ฝึกทำกิจกรรมใหม่ ๆ

8. การรักษาร่วมอื่น ๆ เช่น การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า t-DCS (transcranial direct current stimulation) หรือคลื่นแม่เหล็ก TMS (transcranial magnetic stimulation) ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงสัญญาณการทำงานของสมอง (modulation) โดยการกระตุ้นหรือลดการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ เพื่อให้สมองซีกที่มีพยาธิสภาพฟื้นตัวได้ดีขึ้น พบว่าในกิจกรรมการเคลื่อนไหวแต่ละอย่าง สมองทั้งสองข้างจะมีการทำงานสัมพันธ์กัน แต่ในขณะที่เดียวกันสมองทั้งสองซีกก็มีการ

แข่งขันกันเอง โดยต่างฝ่ายก็ต่างพยายามกดการทำงานของสมองซีกตรงข้ามผ่านทาง inhibitory interconnections บริเวณ corpus callosum เรียกว่า inter-hemispheric competition แนวคิดดังกล่าว ทำให้มีการนำคลื่นไฟฟ้าหรือคลื่นแม่เหล็กมาช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระตุ้นการทำงานของสมองซีกที่มีพยาธิสภาพ และยับยั้งการทำงานของสมองซีกที่ดี เพื่อลด inter-hemispheric inhibition

**2.1.3.7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ** การฟื้นฟูตัวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูตัวของระบบการสั่งการเห็นได้ชัดภายใน 30 วันแรกและยังมีการฟื้นฟูต่อไปได้ถึง 90 วัน ภายหลังจาก 90 วันจนถึง 6 เดือนพบว่ายังคงมีการฟื้นฟูตัวได้แต่เห็นได้ไม่เด่นชัดเท่าระยะแรก (เซ็นชม ชื่อลือชา, 2555) ได้มีการศึกษาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสระยะแรกประกอบด้วย การกระตุ้นด้านการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว โดยกระตุ้นด้านละ 10-15 นาที วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ด้าน ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 14 วัน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้มีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (อุราภรณ์ เขยกาญจน์ และศุภิสรา สุวรรณชาติ, 2562) และมีการศึกษาการฟื้นฟูตัวของสมองโดยการใช้ของญาติที่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งศึกษาโดยโมแอททารีและคณะ (Moattari, Shirazi, Sharifi, & Zareh, 2016) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นระบบประสาทด้วยญาติมี ระดับความรู้สึกร่างกาย (GCS) เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ของพัทรินทร์ สันตยากร (2561) ศึกษาเรื่องโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพสมอง ภายหลังจากการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสมากกว่าก่อนการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัส และมีการศึกษาของลัดดา ศิลาเรียมและคณะ (2557) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Care Receiver) ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถนะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้นเป็นการให้การช่วยเหลือดูแลที่ไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล มุ่งเน้นที่การดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัว

รัชณี สรรเสริญ (2551) อ้างถึงใน (พรชัย จุลเมตต์, 2565) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่าเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์อันมีผลให้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองหรือการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือแหล่งอาศัยในชุมชน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

พรชัย จุลเมตต์ (2565) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นญาติ โดยให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีได้รับค่าตอบแทน และทำหน้าที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของผู้ดูแลคือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นมารดา ภรรยา บุตรสาว พี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากที่สุด โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทน

## 2.2.2 ประเภทของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ศิริพันธ์, 2555 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2565) ดังนี้

**1.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal carer/ caregiver)** หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากเงินหรือค่าจ้างเป็นการตอบแทนจากการดูแล ซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้ดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลที่เป็นทางการแบ่งตามความเป็นวิชาชีพได้ดังนี้

**1.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional caregiver)** เป็นผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันที่ชัดเจน มีชื่อเรียกที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย มีใบประกอบวิชาชีพ มีกฎหมายคุ้มครองการให้บริการ และมีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลและช่วยเหลือสมาชิก ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักเป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน

**1.1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-professional caregiver)** อาจเรียกว่าเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

**1.1.2.1 ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม** หมายถึง กลุ่มที่ให้บริการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ แต่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาก่อน และให้การดูแลผู้อื่นโดยได้รับค่าจ้าง ทำหน้าที่ให้การดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น ช่วยเหลือในการอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการบริการที่บ้าน

**1.1.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน** แต่เข้ามาทำหน้าที่ในการให้การดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่ซับซ้อนโดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเองและประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแล

**1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal carer/ caregiver)** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ระยะเวลาให้การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่าเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ เช่น การสมรส การเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย อาจมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลด้วย และที่สำคัญผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับเงินหรือรางวัลเป็นค่าตอบแทนจากการ

ดูแล แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือเป็นหน้าที่ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการนั้นส่วนใหญ่จะเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัว บางครั้งจะเรียกว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Main caregiver หรือ Primary caregiver)** คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพต่างกัน จะมีระดับความเครียดจากการดูแลที่ต่างกัน กลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือดูแล

**1.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลักจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและด้านทำให้เกิดความกดดัน ความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด และหมดกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดสะสมเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลตามมา จนกระทั่งในที่สุดทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) ต่อไป

## 2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว พบเพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบมากที่สุดคือภรรยา รองลงมาเป็นบุตรสาว (ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ, 2564) ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (Gbiri, Olawale, Isaac, & medicine, 2015) การ

ทบทวนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ดูแลพบภาระการดูแลร้อยละ 25 ภายใน 1 เดือน พบร้อยละ 28 ภายใน 3 เดือน และ ร้อยละ 37 ภายใน 6 เดือน (Rigby, Gubitz, & Phillips, 2009) จากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานพบว่า มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล โรคหัวใจและหลอดเลือด คุณภาพชีวิตลดลง และมีข้อจำกัดในกิจกรรมทางสังคม (Rigby et al., 2009) และภายใน 1 เดือนปัญหาที่พบมากที่สุดของผู้ดูแลคือภาวะเครียด และพบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) รายได้ของครอบครัว 4) ระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (King, Ainsworth, Ronen, & Hartke, 2010) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องเข้าใจภาวะการดำเนินไปของภาระการดูแลของผู้ดูแลถึงจะสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลได้อย่างถูกต้อง

## 2.3 ภาระการดูแล

### 2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลมีความสำคัญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และด้านการพยาบาล เชื่อว่าภาระผู้ดูแลเกิดจากการดูแลที่เกิดจากผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทูพพลภาพ หรือครอบครัวผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดเป็นความเครียด เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยภาระผู้ดูแลสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการเข้าใจคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับภาระผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Liu, Heffernan, & Tan, 2020)

### 2.3.2 ความหมายของภาระการดูแล (Burden)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายของคำว่า ภาระ (Burden) หมายถึง ภาระที่หนัก งานที่หนัก หน้าที่ต้องรับผิดชอบ สำหรับคำว่า ภาระการดูแลมีผู้ให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

โฮนิคและฮามิลตัน (Hoenig & Hamilton, 1966) เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกที่ได้เสนอแนวคิดเสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลและเชื่อว่าภาระแบ่งได้เป็นภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกส่วนตัวของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นประสบการณ์หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สร้างความยากลำบากให้ผู้ดูแล (Hoenig & Hamilton, 1966 as cite in Liu, Heffernan, & Tan, 2020)

ซาริท, ริเวอร์, และ บาค-ปีเตอร์สัน (Steven H. Zarit, Reeve, & Bach-Peterson, 1980) ได้ให้ความหมาย ภาวะของผู้ดูแล เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแล

ไพและคาร์เปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ภาวะผู้ดูแล คือภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง การได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน และมีความยากลำบากเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เป็นการรับรู้ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 2 ด้าน คือด้านผู้ป่วยและด้านผู้ดูแล

มอนต์โกเมอรี, กอนเยีย, และ โฮย์แมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้ให้ความหมายของภาวะว่า ภาวะของผู้ดูแลเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาวะของผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล

บูลและคณะ (Bull, Bowers, Kirschling, & Neufeld, 1990) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดของผู้ดูแลและเป็นผลทำให้สุขภาพกาย การทำหน้าที่ และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง

โนแลนและคณะ (Nolan, Grant, & Ellis, 1990) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะการดูแลเป็นผลกระทบจากการดูแลต่อความรู้สึกตึงเครียด (strain) ของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย อันได้แก่ ความตึงเครียดทางสุขภาพร่างกายและอารมณ์ และความตึงเครียดด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว การดำเนินชีวิตในสังคม เวลาส่วนตัว และหน้าที่การงานของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแลนั้น

เชาว์ (Chou, 2000) ให้ความหมายภาวะการดูแลของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังว่ามีผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะการดูแลหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งสร้างความยากลำบาก และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และปฏิกิริยาภาวะทางอารมณ์

### 2.3.3 ภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Care burden of caregivers of elderly with stroke)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของครอบครัวจากธรรมชาติของโรคนี้ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากมี ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิญญาณดังกล่าวข้างต้น

โดยทั่วไปกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (พรชัย จุลเมตต์, 2565) ดังนี้

**1. ด้านปฏิบัติการดูแลโดยตรง** ซึ่งประกอบด้วย การให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะรับประทานอาหารเองได้ แต่ไม่สะดวก และในบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลจะต้องช่วยในการเตรียมอาหารให้สะดวกในการที่จะรับประทานเอง เช่น อาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป ตัดเป็นชิ้นพอคำอาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องการให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ นอกจากนั้นแล้วผู้ดูแลควรเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น ชามก้นลึก ช้อนหรือส้อมที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยจับได้สะดวก แก้วน้ำที่มีหลอดดูด เป็นต้น

1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลจะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำ และทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นต้องเช็ดตัว ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลัง เท้า เป็นต้นและไม่ควรเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถึงแม้จะใช้เวลานาน นอกจากนั้นผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ เป็นต้น

1.3 การแต่งกาย ผู้ป่วยที่สามารถแต่งตัวเองได้แต่ไม่สะดวกหรือทำได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องจัดหาหรือดัดแปลงเสื้อผ้าให้สามารถสวมใส่และถอดเองได้สะดวก เช่น เสื้อผ้าสวมใส่ทาง ศีรษะ อาจใช้ยางยึดแทนกระดุม ถ้าจำเป็นต้องมีกระดุมต้องใช้กระดุมเม็ดโตหรือซิพขนาดใหญ่และ ต้องแต่งตัวให้ผู้ป่วยที่ตัวเองไม่ได้

1.4 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน หรือเครื่องช่วยเดิน (Walker) นอกจากนี้ควรให้กำลังใจ ชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

1.5 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วย ทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้สะดวกขึ้น ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เองในรายที่มี ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะที่จำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลทำความสะอาดทั้ง อวัยวะสืบพันธุ์และความสะอาดของสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะ บันทึกปริมาณและลักษณะของ ปัสสาวะอย่างละเอียด สำหรับในรายที่มีปัญหาท้องผูก ผู้ดูแลต้องดูแลการสวนอุจจาระให้กับผู้ป่วยด้วย

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักนอนไม่หลับในเวลา กลางคืน ผู้ดูแลคอยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่าง และอุณหภูมิของห้องพอเหมาะไม่รบกวน การนอนหลับของผู้ป่วย ตลอดจนแก้ไขด้วยวิธีอื่น ๆ ตามความเหมาะสม เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วย ชอบเบา ๆ หาเครื่องตุ้มอุ่น ๆ ให้ผู้ป่วยตุ้มนอน การใช้สมาธิ หรือการให้ยานอนหลับตามแผนการ รักษาของแพทย์

1.7 การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุอันอาจเกิดขึ้น ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่วนมากจะค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้าผู้ดูแลละเลยผลของภาวะแทรกซ้อน บางอย่างอาจกลายเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงควรป้องกันหรือกำจัดสาเหตุของการ เกิดภาวะแทรกซ้อนเสียแต่เนิ่น ๆ อีกทั้งต้องป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยการตัดแปลงที่ อยู่อาศัยให้เข้ากับสภาพการหรือความบกพร่องของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็น หลัก ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้

1.7.1 การป้องกันปัญหาด้านผิวหนัง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วย ทำความสะอาดผิวหนัง โดยการทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น ขาหนีบ ซอกนิ้วมือ

นิ้วเท้า รักษารั้ว และดูแลไม่ให้ผิวหนังขึ้นและแห้งเกินไป เพราะทำให้เกิดโรคผิวหนัง และเกิดบาดแผลได้ง่าย จัดให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่สะอาดแห้ง และระบายความร้อนได้ดี โดยเฉพาะในช่วงอากาศร้อน

1.7.2 การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทาน และคอยดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่ม น้ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสำลัก และจัดเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอให้กับผู้ป่วย

1.7.3 การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง อาการข้อติดแข็งและปวดไหล่เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ มักเกิดกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลต้องป้องกันโดยช่วยบริหารข้อต่าง ๆ เช่น ข้อมือ ข้อศอก แขนขาอย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่าง ๆ เอง โดยใช้แขนข้างที่ปกติช่วยในการบริหาร ส่วนการป้องกันการปวดไหล่นั้นผู้ดูแลต้องหาผ้าหรือวัสดุคล้องแขนที่อ่อนแรงในขณะที่ยืนหรือเดิน ส่วนเวลานั่งใช้หมอนรองแขนไว้ และถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดมากควรประคบ นวด หรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด

1.7.4 การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบางหรือกระดูกพรุน ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขน และขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน

1.7.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลาในรายที่ปัสสาวะไม่ออก ผู้ดูแลควรพาผู้ดูแลต้องคอยดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ โดยการกดบริเวณท้องน้อยหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้าม ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร

1.7.6 การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนและขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตกลับสู่หัวใจควรกระตุ้นหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและเกร็งกล้ามเนื้อแขนขาด้านที่มีพยาธิสภาพบ่อย ๆ

1.7.7 การป้องกันปลายมือปลายเท้าบวมอันเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี ผู้ดูแลต้องดูแลปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วยให้อบอุ่น และใช้หมอนหรือวัสดุอันอ่อนนุ่มรองปลายมือปลายเท้าที่บวมให้สูง นอกจากนี้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ

1.7.8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแบบแผนการรักษา และจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น ควรลดอาหารประเภทไขมัน รวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งต้องควบคุมโรคอื่นจะทำให้เกิดการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ถ้ามีความผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา เคลื่อนไหวลำบาก สับสน หรือซึมลง

1.7.9 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและการกระเษะทางผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วยรวมทั้งควรมีการจัดทำราวให้ผู้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม

**2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ** เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ฐานะเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจนี้ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างอิสระ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม โดยให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ สนใจเมื่อผู้ป่วยระบายความทุกข์ให้ฟัง ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ทำให้สบายใจและเหมาะสมกับผู้ป่วย

2.2 การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควบล้มสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ควรค้นหาสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ เช่น ศาสนา

2.3 การป้องกันความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกายได้แก่ ความเจ็บป่วยจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความเครียดนั้น นอกจากการดูแลประคับประคองด้านจิตใจทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังต้องให้การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรบกวนต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยด้วย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความต้องการที่จะได้รับการยกย่องจากสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการดูแลในสิ่งเหล่านี้ควรอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

3. การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยด้วย

#### 2.3.4 ผลกระทบจากภาวะของผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ส่งผลเกิดความพิการและเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้น จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลานาน มีกิจกรรมที่ดูแลซับซ้อน ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบจากภาวะการดูแล

1. ผลกระทบจากภาวะของผู้ดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง เหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อร่างกายของตนเองเกิดปัญหาสุขภาพตามมา จากการศึกษาของกบิรีและคณะ พบว่า ภาวะสุขภาพเสื่อมโทรมและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล ( $r = .518, .333, p > .000$ )

ตามลำลับ (Gbiri, Olawale, Isaac, et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของโอปาราและคณะ ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม และพบว่าภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ผลกระทบทางด้าน สังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Opara, Jaracz, & life, 2010)

2. ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นและ การที่ต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแล มีความรู้สึกเครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย โกรธ หรือลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาเดโนและ คณะ เรื่องภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ภาวะเกร็งพบว่า ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กัน และภาระการดูแลสามารถทำนาย ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยถ้าคะแนนของภาระการดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสเกิด ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล 2.57 เท่า (Denno et al., 2013) การศึกษาของเพียสและคณะ ศึกษามิติของความเครียดทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรายใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ความเครียดทางอารมณ์เกิดจาก ความวิตกกังวล การสูญเสียความเป็นตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเอง การมองไม่เห็นอนาคตถ้าเกิดอะไรขึ้นกับเขาใครจะดูแลผู้ป่วย (Pierce, Thompson, Govoni, & Steiner, 2012) การศึกษาของเพอร์รินและคณะศึกษาปัจจัยทำนายสภาวะ สุขภาพจิตของผู้ดูแลพบว่า การรับรู้ภาระการดูแลสูง ภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแลได้ (Perrin, Heesacker, Hinojosa, Uthe, & Rittman, 2009)

3. ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยเกือบ ตลอดเวลา ส่งผลให้บทบาททางสังคมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในการเข้า สังคมลดลง ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคน อื่นๆ ทั้งเพื่อน และชุมชนลดลง เมื่อเวลาผ่านไปการสนับสนุนทางสังคมลดลงและการสนับสนุนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต (Adriaansen et al., 2011) จากศึกษาของสะวันรัณ ยาแคมและคณะ การศึกษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทของคู่สมรส พบมีความสัมพันธ์กับความสามารถใน การทำกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้มีภาระงานมากขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้ป่วย ส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ตึงเครียด เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Savundranayagam & Montgomery, 2010)

4. ผลกระทบจากภาระของผู้ดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายมีความ จำเป็นต้องออกจากงานประจำเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามปกติ การศึกษาของจองและคณะ (Jeong, Myong, Koo, & journal, 2015) ศึกษาเรื่องการ

ปรับเปลี่ยนบทบาทของภาระผู้ดูแล และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ภาระการดูแลสูง ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำและว่างงาน ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ในกลุ่มที่ผู้ดูแลมีรายได้ต่ำส่งผลทำให้เกิดความขัดแย้งในความสัมพันธ์ พบได้ร้อยละ 65 และการศึกษาในประเทศเวียดนามเรื่อง ปัจจัยความสัมพันธ์กับภาระการดูแลพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Hanh et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบ ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลมีผลต่อภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.002$ ) ผลจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลทำงานเดิมน้อยลง เพราะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแล จึงเพิ่มภาระงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานที่ทำประจำ ทำให้รายได้ไม่มีค่าใช้จ่ายไม่พอกับรายรับ ทำให้เกิดความเครียดมากจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ, 2564)

### 2.3.5 การประเมินภาระการดูแล

การประเมินภาระของผู้ดูแลจากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลซึ่งมีหลายทางและแตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปเช่นกัน นักวิจัยส่วนมากจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดซึ่งเกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของ เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลที่ใช้ในปัจจุบันจึงมีความตรงด้านโครงสร้างแตกต่างกันไป แต่เครื่องมือส่วนใหญ่มักประเมินภาระของผู้ดูแลในลักษณะที่เป็นผลสะท้อนของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้ดูแล หรือผู้เป็นปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย การพิจารณานำเครื่องมือมาใช้ในการศึกษาจึงต้องตระหนักว่าเครื่องมือดังกล่าวนั้นใช้ประเมินภาระของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใดด้วยจึงจะช่วยให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

เครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

1. แบบประเมิน Caregiver Burden Scale ของ เอลสตอ เมอร์เบิร์ก และแอนเสสเตด (1996) (Elmståhl, Malmborg, & Annerstedt, 1996) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ความเครียดทั่วไป (General strain) การถูกแบ่งแยก (Isolation) ความผิดหวัง (Disappointment)

การมีส่วนร่วมทางต้นอารมณ์ (Emotional involvement) และสิ่งแวดล้อม (Environment) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

2. แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory ของ โนวักและเกส (1989)(Novak & Guest, 1989) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับคือ 0-4 คะแนน โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ความเครียดส่วนบุคคล (Personal distress) สิ่งก่อกวนความรำคาญของชีวิต (Life upset) และความรู้สึกทางด้านลบ (Negative feelings) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

3. แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview ของซาริท (S.H. Zarit, 1990; S.H. Zarit et al., 1986) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่ง ชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริและคณะ (2554) ได้นำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความชำนาญด้านภาษาทั้งสองภาษา จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยในสาขาการพยาบาลชุมชน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของคนไทย หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

ในการวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินภาระการดูแลของชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริและคณะ (2554) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เนื้อหาของเครื่องมือที่มีความไวและจำเพาะต่อภาระการดูแล รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ทำให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับและนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านผู้ดูแล

### 2.4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

#### 2.4.1.1 ระดับความรุนแรงของ

##### 2.4.1.1.1 แนวคิดระดับความรุนแรงของโรค

เมื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน จะเกิดเนื้อตาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่สมองส่วนนั้นๆ ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เกิดความพิการ เกิดภาวะฟุ้งฟิง ซึ่งระดับความพิการขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของเนื้อตาย (อรพินท์ สีขาว, 2564) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุเกิดความพิการ มีแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีปัญหาในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรม ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาระของผู้ดูแล (พรชัย จุลมมต, 2565)

##### 2.4.1.1.2 ความหมายของระดับความรุนแรงของโรค

บรูโนและคณะ (Bruno et al., 2013) ได้ให้ความหมายของระดับความรุนแรงของโรคของโรคหลอดเลือดสมองว่า ลักษณะผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการเกิดของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยที่มีผลต่อการเจ็บป่วย พิกการ และเสียชีวิตตามมา

วิลเลียมและคณะ(Williams, Yilmaz, & Lopez-Yunez, 2000) ได้ให้ความหมายของระดับความรุนแรงของโรคของโรคหลอดเลือดสมองว่า การกำหนดความเสียหายที่เกิดขึ้นบริเวณในสมองที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในระบบประสาท ทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปความหมายของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองว่า ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาททำให้เสียชีวิต เกิดความพิการ เกิดภาวะฟุ้งฟิง

### 2.4.1.1.3 การประเมินระดับความรุนแรงของโรค

#### 1. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสถานะทางระบบประสาทและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน เป็นการวัดความบกพร่องของระบบประสาทที่ได้รับการยอมรับในด้านความน่าเชื่อถือ ในการพยากรณ์ผลระยะยาว (predictive) สร้างโดย Brott et al. (1989) แบบประเมินชนิดนี้เป็นแบบที่เป็นที่นิยมใช้มีค่าความเที่ยงในระดับสูง คืออยู่ระหว่าง .93 - .95 (Goldstein, Bertels, & Davis, 1989; Goldstein & Samsa, 1997) ประกอบไปด้วย 1) ระดับความรู้สึกตัว 2) การเคลื่อนไหวของลูกตา 3) การมองเห็น 4) การเคลื่อนไหวของแขน 5) การเคลื่อนไหวของขา 6) การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 7) การประสานงานของกล้ามเนื้อ 8) การรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย 9) ความผิดปกติของการสื่อสาร 10) ความบกพร่องของการพูด 11) การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น คะแนน ข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนรวม 42 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

รุนแรงมาก คะแนนเท่ากับ 25คะแนนขึ้นไป

ระดับรุนแรง คะแนนเท่ากับ 15-24 คะแนน

ระดับรุนแรงปานกลาง คะแนนเท่ากับ 5-14 คะแนน

รุนแรงน้อย คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

#### 2. Modified Rankin Scale

เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความพิการหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดยแวนและคณะ (Van Swieten, Koudstaal, Visser, Schouten, & Van Gijn, 1988) ซึ่งนิยมใช้เป็นข้อสรุปข้อสรุปทางคลินิกได้ นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งวัดค่าความเที่ยงโดยใช้วิธี test-re-test reliability ได้ค่า ความเชื่อมั่นที่ .95 โดยวัดห่างกัน 2 สัปดาห์ (Banks & Marotta, 2007) ซึ่งมีคะแนน 0-6 ตามระดับการสูญเสียความสามารถ

ตารางที่ 2.1 แสดงระดับของคะแนน Modified Rankin Scale

คะแนน	ลักษณะ
5	มีความพิการมาก นอนอยู่แต่บนเตียง กลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
4	มีความพิการค่อนข้างมาก ต้องช่วยพยุงเดิน ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน
3	มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เดินได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย
2	มีความพิการเล็กน้อย ทำกิจกรรมที่เคยทำได้บางส่วน ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย
1	ไม่มีความพิการ ถึงแม้ว่าจะยังคงมีอาการผิดปกติ ทำกิจกรรมที่เคยทำได้ทุกอย่าง
0	ไม่มีอาการผิดปกติ

### 3. Barthel Index สร้างขึ้นโดย มาร์ โหนี และ บาร์เทิล (Mahoney, 1965)

เป็นแบบวัดความสามารถที่ได้รับความนิยมแบบหนึ่ง ประกอบด้วยรายการย่อย 10 รายการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การทำความสะอาดบริเวณใบหน้าและช่องปาก การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมระบบขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนที่ และการขึ้นลงบันได โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด 100

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, Kamolratanakul, Ebrahim, & Ageing, 1994) ได้ปรับปรุงดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทิลเพื่อความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการประเมินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในสังคมไทย เรียกว่า ดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทิลแบบประยุกต์ (Modified Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงผมและโกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและมีการปรับคะแนนในการประเมินแต่ละข้อซึ่งมีคะแนนรวม 0-20 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบ ซึ่งได้นำไปใช้ในผู้สูงอายุ จำนวน 703 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินชุดนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการสำรวจระดับคุณภาพในผู้สูงอายุไทยมีการแบ่งระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง

5-8 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย

9-11 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง

12-19 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่

20 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด

การวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul et al., 1994) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินระดับความรุนแรงได้ ซึ่งความรุนแรงของโรคบ่งบอกถึงระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ทำให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับและนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับความรุนแรงของโรค การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.4.1.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรค

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วย เคลื่อนไหวลำบาก พูดไม่ชัด มีปัญหาเรื่องการกลืน การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะลำบาก ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา มีผลต่อจิตใจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การศึกษาของเมนอนและคณะ (Menon, Salini, Habeeba, Conjeevaram, & Munisusmitha, 2017) เป็นการศึกษาภาวะการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่ ที่มี Barthel index <75 และ Barthel index >75 พบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้หญิงมากที่สุด พบความเครียดและภาวะการดูแลในเพศหญิงมากกว่าเพศผู้ชาย และพบว่าร้อยละ 81 ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย พบร้อยละ 54 มีปัญหาเรื่องการนอน พบร้อยละ 65 ปวดกล้ามเนื้อและเมื่อยล้า และพบร้อยละ 47.5 ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพหลังการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ คารอด-อาร์

ทาลและคณะ (Carod-Artal et al., 2009) พบว่าภาระการดูแลและความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (mRS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 2.4.1.2 ระยะเวลาของการเกิดโรค

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายยาวนาน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง สื่อสารลำบาก ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น เกิดภาวะคับข้องใจ ยืงนานทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียดทางอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความต้องการดูแล และระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาระการดูแล (พรชัย จุลเมธต์, 2565)

##### 2.4.1.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการเกิดโรค

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อระยะเวลาของการเกิดโรคภาระการดูแลพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพา นอกจากการดูแลกิจวัตรประจำวันแล้วต้องประคับประคองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นพบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น (Jaracz et al., 2015) การศึกษาของซาเตอร์และคณะ (Sautter et al., 2014) เป็นการศึกษาระยะยาวแบบสังเกตการณ์ พบว่านอกจากการดูแลกิจกรรมกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังต้องดูแลเพื่อควบคุมอาการ เฝ้ามองสังเกตการณ์ และพบว่าผู้ดูแลบางรายมีกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ ซึ่งในกลุ่มดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาการคงที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีภาระการดูแลกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด (high schedule burden) มากกว่ากลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นผู้ดูแลก็มีภาระเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ภาระด้านค่าใช้จ่าย ภาระเกี่ยวกับครอบครัวเพิ่มมากขึ้นด้วย (Sautter et al., 2014) และเมื่อเวลาผ่านไปการสนับสนุนทางสังคมลดลง (Adriaansen et al., 2011)

**2.4.1.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Depression of older person with stroke)** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวังมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่มักพบหลังจากเกิดโรค ซึ่งเกิด

จากสาเหตุหลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือผลจากความพิการเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความบกพร่องในการสื่อสารไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (พรชัย จุลเมมต์, 2565)

#### 2.4.1.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบความชุกอาการซึมเศร้า ร้อยละ 40.2 พบอาการวิตกกังวล ร้อยละ 21.4 (Loh, Tan, Zhang, & Ho, 2017) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ( $\beta = .532, p < .001$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = .227, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.197, p < .01$ ) การศึกษาของภัทรากาญจน์ วิภาทานังและคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ตัวแปรที่ศึกษาต่างกันพบว่า การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62.5 (นุชกร จันทร์แปลง, 2565) พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะซึมเศร้า ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

#### 2.4.2.1 การสนับสนุนทางสังคม

##### 2.4.2.1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองด้านร่างกาย และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2556)

#### 2.4.2.1.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนไว้ดังนี้  
 เฮ้าส์ (House, 1987) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์  
 ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ  
 พฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านวิธีการและเครื่องมือที่ทำให้  
 ฟังพาดตนเองได้ เป็นการสนับสนุนทั้งด้านความรู้สึก เห็นอกเห็นใจการดูแลเอาใจใส่ แสดงถึงความรัก  
 ความผูกพัน การยอมรับ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจและสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลัง  
 เผชิญอยู่ได้ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็นออกเป็น 4 ด้านได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ความ  
 รักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูล ย้อนกลับ การรับรองและการ  
 เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง เพื่อ  
 นำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเงินและบริการที่จำเป็น

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข้อมูลข่าวสารที่  
 ช่วยให้ผู้เชื่อว่ามีบุคคลคอยให้การดูแลเอาใจใส่ มีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็น  
 คุณค่าและรู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในสังคมได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3  
 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับ นับถือ การให้ความรัก การ  
 ดูแลเอาใจใส่และความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการสนับสนุนที่ ย้ำให้รู้ว่าเป็นบุคคลที่มี  
 คุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการสนับสนุนที่บอกให้  
 ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของในสังคมของตน ในขณะที่

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า  
 เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ในการดูแล โดยบุคคลจะได้รับประโยชน์จากความ  
 ช่วยเหลือนั้นและบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิด

ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ของชีวิตได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการให้การช่วยผู้อื่นเหลือทางด้าน อารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญการให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจ จะทำรู้สึกได้ว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและภาคปฏิบัติของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การรับรู้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่าในการเป็นผู้ดูแลหลัก การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ และแรงงาน จากคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.4.2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) มีดังนี้

1. การดูแลจะทำเป็นประเพณีสืบทอดกันมาในครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม

3. ในการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ

4. ผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงิน และจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ให้ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง

5. การจัดเตรียมผู้ดูแล การจัดเตรียมผู้ดูแลที่ดีนั้น จะมีบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรง 3 คน คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ หากไม่มีการเตรียมก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ การจัดเตรียมผู้ดูแลนั้นจะประสบผลสำเร็จนั้นผู้ดูแลจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีความรู้มีทักษะที่เพียงพอ รู้จักแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์

#### 6. ระบบการดูแลในจัดระบบการดูแลให้ประสบความสำเร็จ ระบบการจัดการควรมีลักษณะดังนี้

1. ระบบที่ดีต้องเป็นระบบที่มีความร่วมมือจากบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย เช่น พยาบาล แพทย์ผู้รักษา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และองค์กรและเครือข่ายต่างๆ ในสังคม เช่น กลุ่มอาสาสมัคร ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการเดียวกันและหน่วยบริการที่ต่างกัน

2. จัดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีห้องที่เหมาะสมต่อการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาต้องสะดวกรวดเร็วทันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือต้องช่วยให้ผู้ดูแลรับการเพิ่มพูนทักษะได้รับรู้ถึงแรงสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญคอยช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญสถานการณ์ได้ดีขึ้น

3. มีระบบส่งต่อที่ดีและชัดเจน เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีปัญหาการปรับตัว และการมีวิถีชีวิตที่ปกติที่บ้านพยาบาลและทีมสุขภาพที่หอผู้ป่วยควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชน เพื่อให้ปัญหาที่ผู้ดูแลกังวลอยู่ได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

4. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรอบรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อให้ได้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งบริการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งบริการช่วยดูแลผู้ป่วย แหล่งอุปกรณ์เครื่องมือและอาหารเสริมต่างๆ เป็นต้น

5. ระบบการจัดข้อมูลและการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอดเวลา และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายก็จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่จะได้รับทำให้เกิดการปรับตัวได้ดี

#### 2.4.2.1.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ) ของ Brandt และ Weinert (1981) ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวน และชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับและ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ ซึ่ง จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

และนำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ

2. แบบสนับสนุนทางสังคม (The Support Importance Scale) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 45 ข้อ และต่อมาได้ทดสอบหาความตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบจึงลดข้อคำถามเหลือเพียง 11 ข้อ และเปลี่ยนชื่อเครื่องมือชุดนี้เป็น The Support Behavior Inventory ซึ่งพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมากำกับมารดาหลังคลอด 150 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The inventory of Social Support: ISSB) ของ Barrera (1981) โดยออกแบบมาเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นที่ได้รับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยเครื่องมือนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ซึ่ง Nirattharadorn (2005) (Nirattharadorn M, 2005) ได้นำมาแปลและปรับแก้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยเหลือจำนวนข้อ 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion) การได้รับคำแนะนำ (guidance) และการได้รับการสัมผัส (tangible) ได้นำไปใช้กับสตรีที่ตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 340 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้น โดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schacter et al, 1981) สมจิต หนูเจริญกุล (2531) อ้างถึงใน (นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น, 2561) นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทย จากนั้น จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และ ปรับเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยลดข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เหลือ 2 ข้อ และดัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด และตรวจสอบความตรง จากนั้น

บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ จำนวน 15 ข้อ มี 3 ด้านคือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการและด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการได้รับการช่วยเหลือจาก 3 กลุ่มคือสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร บุคคลใกล้ชิด เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) ได้นำมาทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 20 และ 65 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .86 ตามลำดับ หลังจากนั้น ภาวิณี พรหมบุตร (2556) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 และ 209 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .90 ตามลำดับ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) เนื่องจากเนื้อหาของเครื่องมือมีความครอบคลุมเนื้อหาด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการและด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งส่วนใหญ่เน้นประเมินแรงสนับสนุนที่สำคัญ 3 ด้านหลักได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านทรัพยากร มีการนำไปใช้ในงานวิจัยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทำให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับ

#### 2.4.2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแล การศึกษาของธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีการพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับต่ำยกเว้นด้านความรักใคร่ผูกพันที่อยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ( $r = -0.94, p < .01$ ) วิชา จันทังสิวรกุล และจิราจันทร์ คนหา (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแลการสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านทรัพยากรและวัตถุ พบ

ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .640, P < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.334, P < .01$ ) การศึกษาของบุญสินและคณะ (Boonsin et al., 2021) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลโดยตรงการภาวะการดูแล การศึกษาของ อะโคซิลและคณะ (Akosile et al., 2018) ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลหลังการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำและมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลในระดับต่ำ ( $r = -0.295$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาแรชและคณะ (Jaracz et al., 2015) และพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปการสนับสนุนทางสังคมยิ่งลดลง (Adriaansen et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมยังมีความไม่ชัดเจนเรื่องความสัมพันธ์และผู้ดูแลยังมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การแนะนำแหล่งประโยชน์ และการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำเกี่ยวกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการจัดการเวลา รวมถึงประเมินระดับภาวะและสุขภาพทางอารมณ์เป็นระยะๆ เพื่อลดความเสี่ยงของผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของภาวะการดูแล

#### 2.4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 2.4.2.2.1 แนวคิดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งความรู้ที่ถูกต้องช่วยในการตัดสินใจ หรือการเผชิญปัญหา และรับมือกับความเครียดได้ ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแล ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลขาดความรู้ ทำให้เกิดความกลัวที่จะดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะการดูแลตามมา (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, Schuurmans, & counseling, 2011)

##### 2.4.2.2.2 ความหมายของความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของความรู้ว่า ความเข้าใจ คือสิ่งที่เกิดมาจากการสั่งสมจากการศึกษา การค้นคว้า หรือ

ประสบการณ์ รวมถึงความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ ทั้งการได้ยิน การฟัง การคิด หรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา

ลั่นทม จอนจบทรง (2557) ได้ให้ความหมายของความรู้ ว่าเป็นสิ่งที่เป็นามธรรมจับต้องไม่ได้ เป็นผลลัพธ์ของความเข้าใจ และการอนุมาน หรือสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยหลักการและเหตุผล แล้วถ่ายทอดออกมาเป็นขึ้นเป็นอัน และผลิออกมาเป็นรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำเสนอความรู้ นั้น ๆ เช่น เป็นเอกสาร เป็นวิธีการปฏิบัติ การดำเนินงาน ระเบียบวิธีต่าง ๆ ความรู้จึงเป็นสิ่งที่ผสมรวมกันของสารสนเทศ ประสบการณ์ ในบริบทที่เฉพาะเจาะจง หรือความรู้ นั้นต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ และนำไปใช้ได้จริง ๆ

อัจฉราพร ปะที (2559) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง พฤติกรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเน้นการจำ เป็นหลักทั้งการระลึกถึง สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากการเรียนรู้ โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมสารต่างๆ จนกระทั่งพัฒนาไปสู่ขั้นที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นไป โดยความรู้ อาจแยกออกจากความรู้เฉพาะสิ่ง และความรู้เรื่องสากล

ทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง และความคิดรวบยอดของบุคคลโดยใช้กระบวนการทางจิตจากประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะจำได้หรือนึกได้เท่านั้น

นิตาชล นุ่มมีชัย (2560) ได้ให้ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเข้าใจหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติผู้ป่วยมีอยู่เดิมก่อนพบผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ปิยะนุช จิตตานุนท์ และคณะ (2564) ให้ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ว่า ความสามารถในการรู้ จำ เข้าใจของกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งครอบคลุม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของความรู้ คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสั่งสมมาจากการศึกษาค้นคว้า เรียนรู้ และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

### 2.4.2.2.3 ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (ทศพร แสงศรีจันทร์, 2557) ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน 2) การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล 3) การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ 4) การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

#### 1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก ในบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำในปริมาณที่พอเหมาะอย่างน้อยวันละ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร

1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลจะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเองได้แต่ยังอาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นจะต้องเช็ดตัวบนเตียง ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้นเช่น บริเวณแผ่นหลัง และไม่ควรเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง ถึงแม้จะใช้เวลานาน

1.3 การแต่งกาย ผู้ป่วยในระยะพักฟื้นสามารถแต่งตัวได้แต่ยังไม่สะดวกและทำได้ช้ากว่าปกติผู้ดูแลต้องเปิดโอกาสและคอยสนับสนุนผู้ป่วยได้กระทำได้ด้วยตนเอง จัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสม สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก

1.4 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เองผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะไม่ออกอาจต้องได้รับการสวนปัสสาวะคาไว้ในระยะแรกและมีแผนการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตัวเอง

1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพโดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วยเช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เป็นต้น

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไป ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาและควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่

นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่าอน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิของห้อง  
พอเหมาะลดสิ่งกระตุ้น ส่งเสริมการนอนหลับ

## 2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล

2.1 การประเมินสุขภาพและการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย มีความจำเป็นและสำคัญ  
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแล มีการจดบันทึกการ  
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อเปรียบเทียบอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้เพื่อประโยชน์ในการให้  
การดูแลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้

2.2 การดูแลเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้อง  
นอนนานๆ หรือมีข้อจำกัดในการที่ทำการกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน  
ได้มากมายซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปหากผู้ดูแลไม่สนใจ ผล  
ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ สามารถทำได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 การป้องกันโรคผิวหนังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจะต้อง  
กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดผิวหนังดูแลไม่ให้ผิวหนังขึ้นหรือแห้งเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
บริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบ และหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ เป็นต้น การพลิก  
ตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ

2.2.2 การป้องกันโรคปอดอักเสบอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็น  
สาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (Takizawa et al., 2016) โดยที่สาเหตุ  
การเกิดมักมาจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัด  
อาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ผู้ป่วยนั่งรับประทานและคอยดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเคี้ยว  
อาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก จัดเตรียมเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นร่างกายอย่าง  
เพียงพอเนื่องจากรับรู้ความรู้สึกเสียไปผู้ป่วยอาจรับรู้สึกลดน้อยลงทั้ง ๆ ที่อากาศเย็นมากจึงไม่  
สวมเสื้อผ้าที่อบอุ่นทำให้เป็นปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น

2.2.3 การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง มักเกิดกับร่างกายด้านที่มี  
พยาธิสภาพผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบริหารข้อต่างๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมือ ข้อศอก แขนและขาอย่างสม่ำเสมอ

2.2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบางบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวไม่สามารถเดินหรือลงน้ำหนักบนแขนและขาได้ การสูญเสียมวลของกระดูกจะเริ่มหลังจาก 30 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ถึง 30 - 36 สัปดาห์ ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้โดยเฉพาะกระดูกสะโพกด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลสามารถช่วยได้ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน หัดเกร็งกล้ามเนื้อของแขนและขา

2.2.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในบางรายที่ปัสสาวะไม่ออกควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มน้ำวันละ 2000-3000 มิลลิลิตร

2.2.6 การป้องกันปลายมือปลายเท้าบวม จะพบบ่อยในกรณีที่การไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือปลายเท้าให้สูงขึ้น นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ควรให้ผู้ปวยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนโลหิตกลับเข้าสู่หัวใจ

2.2.7 การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ปวยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองด้านโดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อยๆ ในการเคลื่อนไหวข้อแต่ละท่าควรทำประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 ครั้ง

2.2.8 การป้องกันการเกิดการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะกับโรค เช่น อาหารประเภทโปรตีน ผักและผลไม้ ควรลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน นอกจากนี้ควรให้ผู้ปวยงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุราด้วย รวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชา แขนขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ การจัดการให้ผู้ปวยได้รับยาผู้ดูแลต้องติดตามผลของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ดูแล

จะต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทาน การเก็บรักษา ฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตและการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ของยา

2.2.9 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงการมองเห็นและการกระยะทางผิดปกติ การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยกระตุกโป่ง บางมีโอกากระตุกหักได้ง่าย ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดทำราวให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะๆ ปรับระดับพื้นให้เท่ากันเพื่อป้องกันการหกล้ม

### 3. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ

ความพิการร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ ฐานะเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจนี้ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุดโดยให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ดังนี้

3.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ ควรปล่อยให้กำลังใจผู้ป่วยรวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2 การป้องกันอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยการลดหรือขจัดสิ่งที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไม่ควรทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย แนะนำและจัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ศาสนา ให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ

3.3 การป้องกันความเครียด ความเครียดที่อาจเกิดกับผู้ป่วยมักมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วยจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น

3.4 การป้องกันพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม เช่น พูดคำหยาบ รับประทานอาหารมูมมาม โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลไม่ควรห้ามปราม

ด้วยวิธีที่รุนแรง แต่ควรฝึกให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการมีพฤติกรรมอันเหมาะสมที่สังคมยอมรับ เช่น การพูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพสม่ำเสมอ แสดงถึงมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย

#### 4. การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

ผู้ดูแลต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย คอยติดตามและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถไปขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้

##### 2.4.2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความเข้าใจ ในสิ่งต่างๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับสภาพความพร้อมของแต่ละสถานการณ์และแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจที่ สรรพวุฒิ พิพัฒพันธ์ (2538) อ่างถึงโน (ศยามล สืบเนื่อง, 2557) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ไว้ 2 ปัจจัย ดังนี้

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

1. ระดับการศึกษา การศึกษามีอิทธิพลต่อการแสดงออก เพราะจะทำให้บุคคลมีความรู้และมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุและมีผล
2. ความเชื่อ เป็นความรู้สึกรากึกคิดของแต่ละบุคคล ในการยอมรับต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจแตกต่างกันออกไป
3. สถานภาพทางสังคม เป็นสิทธิและหน้าที่ที่มีต่อผู้อื่น และสังคม
4. ประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและส่งผลต่อ

#### 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1. ครอบครัว เป็นการสะสมความรู้โดยทางตรง หรือทางอ้อมจากระเบียบ วิธีปฏิบัติ กฎเกณฑ์ และค่านิยมต่างๆ ที่กลุ่มได้กำหนดไว้เป็นระเบียบของความประพฤติและความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมนั้น
2. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง มีอิทธิพลต่อบุคคลอย่างมาก เพราะเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มหรือสังคมนั้นต้องยอมรับ และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มและสังคมนั้น

3. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของบุคคล

#### 2.4.2.2.5 การเสริมพลังการเรียนรู้

การเรียนรู้ของบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลเองและปัจจัยสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคล สามารถกระทำได้ตามหลักการเสริมพลังการเรียนรู้ดังนี้ (Bishop et al.1988 อ้างในขวัญเมืองแก้วดำเกิง, 2561)

1. จัดการเรียนรู้ที่เน้นให้บุคคลรับรู้ในความสามารถของตน โดยทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้
2. จัดกระบวนการการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย เริ่มต้นจากประสบการณ์ของบุคคลที่เผชิญอยู่ในชีวิตจริง แล้วให้คิดวิเคราะห์ประสบการณ์ดังกล่าว
3. ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมมากที่สุด
4. จัดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ผู้จัดการเรียนรู้มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ และส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดพลังในการจัดการปัญหาของตนเอง และการแก้ไขปัญหาสังคมร่วมกันใช้การเรียนรู้เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง โดยการเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกิดขึ้นได้เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เช่น ความรู้ เจตคติ ทักษะ เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงบางอย่างจะเกิดขึ้นต่อเมื่อได้ลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการสนับสนุนและกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง
6. ส่งเสริมให้มีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการตั้งคำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้มากขึ้น
7. สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน โดยจัดเนื้อหาในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย และเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของบุคคล
- 8 จัดการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง การเรียนรู้ไม่ควรจำกัดเฉพาะในห้อง ควรทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ในสภาพแวดล้อมประจำวัน เช่น ความรู้ระหว่างทางเดิน สียงตามสาย การใช้สื่อ อุปกรณ์ หุ่นยนต์ให้ความรู้ แหล่งเรียนรู้ชุมชนธรรมชาติ เป็นต้น

#### 2.4.2.2.6 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแล

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยง 2) อาการ 3) การรักษา 4) การจัดการกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่ อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2557) สร้างขึ้นตามแนวคิดของแพนเดียน (Pandian et al., 2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จากนั้นนำไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 0.92 และนำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .88 จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 384 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่าเดิมคือ .88 หลังจากนั้น นิศาชล นุ่มมีชัย (2560) ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 30 รายได้ค่าความเชื่อมั่น .81

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เป็นแบบทดสอบถามที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นโดย ทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ /ไม่ใช่ จากนั้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการแนะนำตามกระบวนการรักษาของโรงพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .93

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สร้างขึ้นโดย ทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) เนื่องจาก มีเนื้อหาของความรู้โรคหลอดเลือดสมองครอบคลุม ได้มีการความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง

#### 2.4.2.2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับภาระการดูแล การศึกษา Kim และคณะ (Kim, 2012) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความวิตกกังวล ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแล กับ การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของฮาฟสไตน์ ด็อดด์ และคณะ (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการประชุมปรึกษาระหว่างผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการรับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลพบว่า ผลของการฟื้นฟูสภาพเป็นที่น่าพอใจในกลุ่มที่ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ในการดูแล (Loupis, Faux, & Diseases, 2013) การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลยังพบน้อย ส่วนมากเป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Nuntharuksa, Kittipanya-ngam, & Wattanapan, 2021; Ruangchaitaweesuk, Wongpiriyayothar, & Wongpanarak, 2021; จตุพงษ์ พันธวิไล, นิรมัย มณีนรัตน์, สุพัตรา ปวนไผ่, สุชาณี ศรีสวัสดิ์, และวินิจฐดวง แสนจันทร์, 2022) การศึกษาสุนทรา เลียงเขวงวงศ์ (2564) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาปัจจัยศักยภาพของผู้ดูแลที่ประกอบไปด้วยความรู้ในการดูแล ทักษะในการดูแล การปฏิบัติการดูแลพบว่า ศักยภาพการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลได้ และจากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ดูแลมีความต้องการทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการติดเชื้อ และต้องการทราบแนวทางในการรักษาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด (วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชณี นามจันทร์, 2561) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในประเด็นต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับระยะต่างๆ และปัญหาของแต่ละบุคคลหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

### 2.4.2.3. การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2.4.2.3.1 แนวคิดการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

เนื่องจากความรุนแรงของปัญหาสุขภาพทั่วโลกที่เกิดจากพฤติกรรมใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมโรคอ้วนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวานและมะเร็ง ซึ่งเกิดขึ้นกับประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้ให้ความสำคัญในการลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease : NCD) โดยมุ่งไปที่การส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การพัฒนาทักษะทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

#### 2.4.2.3.2 ความหมายของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

นอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) ได้ให้ความหมายของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพว่า เป็นความสามารถในการแสวงหาสืบค้น ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอิเล็กทรอนิกส์และประยุกต์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

สเตลเลอร์สันและคณะ (Stellefson, Hanik, Chaney, & Tennant, 2012) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาสืบค้น กำหนดกระบวนการและทำความเข้าใจสารสนเทศสุขภาพเพื่อยกระดับสมรรถนะในการดูแลสุขภาพ

เจษฎากร เพิ่มพรทวีสุข และเนาวนิตย์ สงคราม (เจษฎากร เพิ่มพรทวีสุข, 2564) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหา หรือค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพบนแหล่งสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์จากแหล่งสารสนเทศที่เชื่อถือได้ ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ รวมไปถึงการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือพัฒนาสุขภาพของตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปความหมายของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพว่า ความรู้ความสามารถพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและเครือข่ายสารสนเทศ ความสามารถในการสืบค้น ทักษะการสื่อสาร ประเมิน

ใช้ประโยชน์จากการใช้อินเทอร์เน็ตและแหล่งสารสนเทศจากเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

#### 2.4.2.3.3 องค์ประกอบความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

Norman and Skinner (Norman & Skinner, 2006) ได้แบ่งองค์ประกอบของการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ออกเป็นทักษะหลักทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่

1. การรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (Traditional literacy) หมายถึง ความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อการสื่อสารได้เป็นอย่างดี ทักษะการสื่อสาร

2. การรู้สารสนเทศ (Information literacy) หมายถึง เป็นความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการสารสนเทศ วิธีการค้นหาสารสนเทศและวิธีการใช้สารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความสามารถในการคิดเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับสาระที่เผยแพร่ในสื่อ (Media content) ของบุคคลในการเข้าถึง ตีความ วิเคราะห์ ประเมินสาระนั้นอย่างท่วงแท้ รู้และเข้าใจกระบวนการที่สื่อสร้างและเผยแพร่สาร จนสามารถเลือกนำสารที่มีคุณภาพไปใช้ประโยชน์ในบริบทต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

4. การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจธรรมชาติ เป้าหมาย วิธีการ การประยุกต์ใช้ ข้อจำกัดและยุทธศาสตร์ของการสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ

5. การรู้สื่อคอมพิวเตอร์ (Computer literacy) หมายถึง ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการเข้าถึงสารสนเทศและนำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างชาญฉลาด

6. การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง เป็นความสามารถในการเข้าถึงระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม (Norman & Skinner, 2006)

#### 2.4.2.3.4 แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ

แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2560) มีดังนี้

1. การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชนประเทศทั่วโลกล้วนตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือ และใช้อัตราการรู้หนังสือ (literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติ ระบบที่ช่วยให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น เช่น การทำให้หนังสือคุณภาพดีหาได้ง่าย ในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถซื้อหาได้ การส่งเสริมผู้ผลิตและผู้จัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่างๆ โดยใช้แรงจูงใจด้านภาษี การประเมินค่าความนิยม (rating) เพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือที่มีประโยชน์ รวมทั้งการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทางและแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2. การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่งโดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง มีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ตามกระแสข่าวที่ประชาชนกำลังให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ โดยจัดช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) การสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mHealth) แอปพลิเคชันสุขภาพในระบบออนไลน์ สื่อบุคคล และสื่อสารมวลชนอื่นๆ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเด็นเร่งด่วนและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงานและงานวิจัยระหว่างหน่วยงาน

3. การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพมีการสร้างร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชนเพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีการชี้แจงและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณสุขอย่างทันที่ เพื่อระงับยับยั้งสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับความเป็นจริง ประกาศไว้ในบัญชีดำแสดงให้ประชาชนได้รับรู้ ซึ่ง

จำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วมาใช้บังคับและจัดทำกฎหมายใหม่ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวัง รักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลข่าวสารความรู้ และมีจริยธรรมในการเผยแพร่ให้มากขึ้น

4. การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดีย และสื่อสาธารณะ การออกแบบสื่อเพื่อผลิตและเผยแพร่ควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนี้ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นให้มีพื้นที่ว่างบ้าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ ระบุชื่อหน่วยงานและขอบเขตพื้นที่เผยแพร่ให้ชัดเจน เป็นต้น

5. เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องรวมทั้ง การควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น หากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดียิ่งขึ้น

6. การพัฒนาระบบหน่วยงาน/องค์กร และชุมชนสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลาย การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญคือ การพัฒนาความสามารถและทักษะการสื่อสารของบุคลากร เนื่องจากระบบสุขภาพทุกวันนี้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีเวลาน้อยมากในการสื่อสาร ทำให้เกิดช่องว่างกับคนไข้หรือผู้มารับบริการ ผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง จึงมีแนวคิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization) ซึ่งมีแนวทาง 10 ประการ ดังนี้ 1) ผู้นำต้องส่งเสริม (leadership promotes) 2) มีแผน ประเมิน และพัฒนา (plans, evaluates & improves) 3) จัดเตรียมองค์กร (prepares workforce) 4) ใส่ใจผู้รับบริการ (Includes consumers) 5) รู้ความต้องการผู้รับบริการ (meets everyone's needs) 6) มั่นใจระบบการเข้าถึง (ensures easy access) 7) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (communicates

effectively) 8) ออกแบบสื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและปฏิบัติตาม (designs easy to use materials) 9) รู้ว่ากลุ่มใดมีความเสี่ยงสูง (targets high risk) 10) อธิบายชัดเจนเรื่องบริการและค่าใช้จ่าย (explains coverage & costs)

#### 2.4.2.3.5 ปัจจัยเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรอบรู้ด้านสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มีดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้ประกอบด้วย การรู้หนังสือทั่วไป (general racy) เช่น การอ่าน ตัวเลข ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การรู้หนังสือในเรื่องอื่น ๆ วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม สื่อ สิทธิ และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม 3) ความเชื่อ และเจตคติ (Beliefs & attitude) 4) พฤติกรรมเสี่ยง (Health risk behavior) 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะในการเจรจาต่อรอง (skill in negotiation) ทักษะในการจัดการตนเอง (Skills in self-management) ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ 6) พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (Compliance with medications) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค (Changed patterns of consumption) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Changed health behaviors and practices) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) 7) รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style) 8) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (Manage of health & illness) 9) ระดับความเครียด (Stress level) 10) สถานะทางสุขภาพ (Health status) 11) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และ 12) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกด้านสุขภาพและผลลัพธ์ ทางสุขภาพ (Improved health outcomes, healthy choices and opportunities)

#### 2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy) 2) สิ่งแวดล้อม (Environment) และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Patient provider interaction)

**3. ปัจจัยระดับสังคม** ได้แก่ 1) การจัดระเบียบชุมชน (Community organizing) ได้แก่ การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ 2) ความเท่าเทียมทางสังคมด้านสุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3) การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในหนทางแห่งประชาธิปไตยด้านสุขภาพ (Social action for health democratic participation) 3) การพัฒนาประกอบด้วยด้วย การพัฒนาความรู้ (Developed knowledge) การพัฒนาชุมชน (Community development) โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ (Capacity development) การจัดโปรแกรมให้สุศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร (Organization development) การจัดที่อยู่อาศัยสถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย (Policy development) การใช้กฎหมาย นโยบาย มีข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้ 4) การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (Access and used health care) ที่รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ 5) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social norms and practices) 6) การปรับปรุงโอกาสทางเลือกของสุขภาพ (Improved health outcomes, healthy choices and opportunities) 7) ความทุ่มเทในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Engagement in social action for health) และ 8) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health care cost)

#### 2.4.2.3.6 การประเมินการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ อิชิกะวะและคณะ (Ishikawa, Nomura, Sato, & Yano, 2008) ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เมือง Tokyo ประเทศญี่ปุ่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 กำหนดองค์ประกอบสำคัญตามขอบเขตของนิยามครอบคลุมประเด็น (1) เข้าถึง (access) (2) เข้าใจ (understand) (3) ใช้ข้อมูล (use health information) และ (4) ตัดสินใจด้านสุขภาพ (health-related decisions)

ลักษณะและวิธีการใช้

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน กำหนดประเด็นประเมิน 5 หัวข้อ (items) จำแนกเป็น 4 ระดับ ตามความยากง่ายในการอ่านเอกสารคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาลและห้องยา แต่ละประเด็นมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนนคือ 1 ไม่เคย (never) - 4 บ่อยครั้ง (often)

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มี 5 หัวข้อ (items) จำแนกเป็น 4 ระดับ

ตามการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่หมอได้วินิจฉัยแล้ว แต่ละหัวข้อมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนนคือ 1 ไม่เคย (never) - 4 บ่อยครั้ง (often)

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มี 4 หัวข้อ (items) จำแนกเป็น 4 ระดับ ตามการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว แต่ละหัวข้อมีคะแนน 1-4 คะแนนคือ 1 (never) - 4 บ่อยครั้ง (often) ซึ่งอาจจำแนกดังนี้ ไม่เคย เคย บางครั้ง บ่อยครั้งเป็นต้น

## 2. แบบประเมินการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy Scales)

พัฒนาขึ้นโดย นอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) ใช้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเยาวชน อายุ 13-24 ปีที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในประเทศแคนาดา โดยนิยาม e-Health literacy ว่า คือ “ความสามารถในการอ่าน ใช้คอมพิวเตอร์ ค้นหาข้อมูล ทำความเข้าใจ และนำมาใช้ในบริบทของตนเอง” การประเมินครอบคลุมองค์ประกอบดังนี้ (1) ความรู้ (knowledge) (2) ความสะดวก (comfort) (3) การรับรู้ทักษะในการค้นหา (perceived skills at finding) (4) การประเมิน (evaluating) และ (5) การนำข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ (applying) ลักษณะเป็นเครื่องมือรายงานด้วยตนเอง (a self-report tool) แบบประเมินที่นำไปใช้โดย Norman & Skinner (2006) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 แปลเป็นภาษาไทยโดยจุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2560) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ของ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2560) เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทำให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาบางส่วนเนื่องจากการศึกษาคนละบริบทและปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.4.2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับภาระการดูแล การศึกษาของโลโบและคณะ (Lobo et al., 2021) เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเพื่อศึกษาเนื้อหาที่ผู้ดูแลใช้สืบค้นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูล 3 ด้านคือ 1) การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่และความสัมพันธ์ เช่น การหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการการเงิน การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การหาข้อมูลช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษา เพื่อค้นหาข้อมูลช่วยเหลือด้านสุขภาพและการปรับอารมณ์ 3) การดูแลตนเอง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง คำปรึกษาด้านจิตใจ และการศึกษาของหวังและคณะ

(Wang et al., 2021) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ การศึกษา และภาวะผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวจีนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พบว่าการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล การศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อสื่อในการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูกพบว่า วีดิทัศน์ให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ได้ผลในการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านความรู้ทั่วไปและทักษะการปฏิบัติจริง (อนัญญา อุทิศสัมพันธ์กุล, 2565) และได้มีการนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการส่งเสริมการมีวินัยในการรับประทานยา โดยการศึกษาประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชัน มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.86 (สุธิตา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ , สงคราม โชติกอนุชิต, และวชิรศักดิ์ วานิชชา, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการในปัจจุบันสื่อสารสนเทศที่เผยแพร่กันทั่วไปในปัจจุบันมีจำนวนมากมายมหาศาล ยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารก้าวหน้ามากขึ้นเท่าใดจำนวนสารสนเทศยังมีจำนวนมากขึ้นเป็นทวีคูณและสามารถส่งผ่านโต้ตอบกันได้รวดเร็วแบบเวลาจริง (พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ และคณะ, 2559) การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านความรู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตมากที่สุดแต่การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการจำแนกคุณภาพของข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตยังพบน้อย และด้านการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อรักษาโรคพบว่าการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและญาติมากที่สุด ความรู้จากการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งทำยที่สุดจะส่งผลต่อการจัดการสุขภาพ (พรพรรณ ประจักษ์เนตร, 2562)

#### 2.4.2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Depression of caregiver)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจ และอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเป็ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ โดยรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ่างว่าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีอารมณ์สนุกสนานไม่มีแรงจูงใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลจากการที่

ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยและการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยเกิดจากความกดดัน ความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด และหมดกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (พรชัย จุลเมธต์, 2565)

#### 2.4.2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลกับการดูแลการศึกษาของฮูและคณะ (Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 27.4 การดูแลกิจวัตรประจำวันและคำปรึกษา ค่ายามีผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล และทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.774, P<.01$ ) การศึกษาของจ้าวและคณะ (Zhao et al., 2021) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 6 เดือนแรกพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคือ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ระยะเวลาในการดูแล (เดือน) การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สภาวะการเงินของผู้ดูแล และพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในระยะ 6 เดือนแรกเพิ่มขึ้น การศึกษาในประเทศไทยของเชิดชายชัยวัฑฒ (2559) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยผู้ป่วยเพศชาย ด้านรายได้ของผู้ดูแล การศึกษาของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือ การเห็นอกเห็นใจให้กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

#### 2.4.2.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Relationship between caregiver and stroke survivor)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวและเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว จะต้องมียุบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ใน

ครอบครัว นั้นจะต้องมีการประสานกันในกระบวนการดูแลต่าง ๆ ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธ์ภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในบทบาทการเป็นผู้ดูแล และสัมพันธ์ภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไปในทิศทางที่ดี (พรชัย จุลฉมด์, 2565)

#### 2.4.2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรค

##### หลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของวิสเซอร์-ไมลีย์ (Visser-Meily et al., 2009) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์และจิตใจของคู่สมรสที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการศึกษาระยะยาว ตามช่วงเวลา ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาที่แผนกฟื้นฟูสภาพ 2 เดือนถึง 3 ปี พบว่าเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล และพบว่า ในระยะแรกพบภาวะการดูแล ความตึงเครียด ภาวะซึมเศร้าในระดับสูง เมื่อเวลาผ่านไปภาวะการดูแลลดลง ความตึงเครียดลดลง ภาวะซึมเศร้ายังคงที่ แต่เมื่อเวลาเพิ่มมากขึ้นพบว่าภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นบุคคลที่รักและเป็นคนใกล้ชิด (Jeong, Jeong, Kim, & Kim, 2015) และการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านอารมณ์ไม่คงที่ มีปัญหาในการเข้าสังคม ไม่มีความสมดุลในการจัดสรรเวลาเป็นผลมาจากสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของแมคเฟอร์สันและคณะ (McPherson, Wilson, Chyurlia, & Leclerc, 2010) ศึกษาเรื่องการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย และทำให้มีผลต่อสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อผู้ดูแล ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่แสดงออก มีความตึงเครียดทางอารมณ์ส่งผลต่อผู้ดูแล การช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านอารมณ์จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

#### 2.4.2.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Perceived health status of caregiver)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Subjective measurement) โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพตนเองโดยรวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในแต่ละเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคลขึ้นกับประสบการณ์ ความคาดหวัง ต่อสุขภาพ อายุ สังคม วัฒนธรรม สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ

บุคลิกภาพ สติปัญญา การเรียนรู้ และสภาพอารมณ์ของบุคคล บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีภาวะสุขภาพดี จะมีแรงจูงใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จากประสบการณ์บุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี จะทำให้เกิดความรู้สึกดี มีความผาสุก และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทำให้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีสุขภาพไม่ดี (พรชัย จุลเมธต์, 2565)

#### 2.4.2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับการดูแล การศึกษาฮันท์และคณะ (Hanh, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมืองไฮ่เซี่ยง ประเทศเวียดนามพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.31, < .01$ ) การศึกษาของเฉินและคณะ (Chen, Chen, & Chu, 2015) ศึกษาการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจ ( $-.52, < .001$ ) และภาวะสุขภาพสามารถทำนายการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $< .003$ ) (Limpawattana, Theeranut, Chindaprasirt, Sawanyawisuth, & Pimporm, 2013) และการศึกษาจองและคณะ (Jeong, Myong, et al., 2015) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ( $r = .386, p < .000$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคเพอร์สันและคณะ (McPherson et al., 2010)

#### 2.4.2.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Duration of caregiving for older person with stroke)

โดยทั่วไประยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลก็ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเหลือตนเองได้มาก ผู้ดูแลก็จะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง การศึกษาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็นหลายแบบ ทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อปี ซึ่งไม่ว่าจะแบ่งระยะเวลาแบบใดก็ตามต่างก็มีความสำคัญต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (พรชัย จุลเมธต์, 2565)

#### 2.4.2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับการดูแล การศึกษากบิรีและคณะ (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015) เป็นการศึกษาการดูแลและภาวะตั้งเครียดของผู้ดูแลพบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง) มีผลต่อการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งเป็นการศึกษาของผ่องพักตร์ จันท์ศิริ (2564) ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ นิมิตรภูวลและคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาครพบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 3.78, p < .001$ ) ซึ่งมีความแตกต่างการศึกษาของนิรชา ภูวนารักษ์และคณะ (2563) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ที่จำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้เนื่องจากครอบครัวในสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายและอาศัยอยู่ในชุมชน จึงมีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นและเพื่อนบ้านช่วยแบ่งเบาภาระที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความกังวลต่อภาระงานด้านอื่นลดลงในช่วงที่ดูแลผู้ป่วย

#### 2.4.2.8 ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา

ซึ่งแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกทำให้คนมีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวได้แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ การศึกษา การเลี้ยงดูของบิดามารดา (อนันต์ตรี สมिति นราเศรษฐ์, 2560)

##### 2.4.2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคล

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อการดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Carod-Artal, Ferreira Coral, Trizotto, & Menezes Moreira, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018) การศึกษาเกี่ยวกับอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล (นิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2561) การศึกษาของบาดารูและคณะ (Badaru, Ogwumike, Adeniyi, Nelson, & Development, 2017) การศึกษาปัจจัยภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่า การศึกษาช่วยลดภาระการดูแลและช่วยเพิ่มคุณภาพ

ชีวิตเนื่องจากคนที่มีการศึกษาช่วยให้มีความเข้าใจในการดูแลเพื่อฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของชายและคณะ (Tsai et al., 2018) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ (2564) และนิรชา ภูวนารักษ์ (2563) เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อภาวะการดูแล ซึ่งการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ การปรับตัวต่อการดูแล ของแต่ละบุคคล (Chou, 2000)

#### 2.4.2.9 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินงานดังนี้ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายให้ความรู้ฝึกทักษะการดูแลแก่ครอบครัวผู้ดูแล 2) การประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของปะเมินปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน 3) ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยให้ญาติลงนามยินยอมให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการเยี่ยม มีพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักโภชนาการ โดยเยี่ยมครั้งที่ 1 ภายใน 7-15 วันหลังจำหน่าย การประเมินสภาพร่างกาย ประเมินทักษะการดูแล สอนการทักษะการดูแลในส่วนที่ประเมินแล้วว่ายังทำไม่ถูกต้อง ในการเยี่ยมในผู้ป่วยแต่ละรายจะเยี่ยมประมาณ 2 ครั้ง ถ้าประเมินแล้วว่าผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาเรื่องการดูแลก็จะยุติการเยี่ยม ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัญหา เช่น แผลกดทับหรือญาติผู้ดูแลยังมีปัญหาเรื่องการดูแลจะเยี่ยม 3-4 ครั้ง หลังจากเยี่ยมทุกครั้งจะมีการรายงานผลการเยี่ยม ที่ OPD card และ โปรแกรม eHHC BKK ของสำนักงานประกันหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) หลังจากยุติการเยี่ยมก็ส่งต่อให้ศูนย์สาธารณสุขชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักอนามัย 69 แห่ง โดยส่งต่อผ่านระบบ โปรแกรม eHHC BKK ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมต่อกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนต้องได้รับการช่วยเหลือจากหลายหน่วยงานจะมีการประสานงานร่วมกันระหว่างสำนักงานเขต สำนักอนามัย และหน่วยงานเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับสำนักอนามัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยโครงการเครือข่ายศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Center) เป็นโครงการในการดูแลของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งโครงการนี้จะรับข้อมูลการส่งต่อมาจาก 1) ระบบ eHHC BKK ของ สปสช. 2) สำรวจพบเอง 3) ศูนย์สาธารณสุขอื่น 4) โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ โดยจะติดตามเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุข ให้การดูแลรักษาที่บ้าน ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกันสนับสนุนการดูแล (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2561)

## 2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นและพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยมีอายุน้อยลง ถึงแม้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองความก้าวหน้าและมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และมีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ให้ทันเวลา 3 ชั่วโมงผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นและมีความพิการลดลง (สมบัติ มุงทวีพงษา, 2565) แต่การรักษาจะได้ผลดีก็มีหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของโรค ดังนั้นเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมักพบว่าผู้ป่วยยังหลงเหลือความพิการอยู่ ทำให้ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านและต้องการผู้ดูแลแบบต่อเนื่องด้วยเช่นกัน การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องและมีความซับซ้อนใช้เวลายาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบาก มีภาวะตั้งเครียดทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยทั่วไปผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการรับรู้ภาระการดูแลหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนขึ้นไปหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Bull et al., 1990) และผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลสูงในช่วง 6 เดือนแรก (Jaracz et al., 2015) ซึ่งการรับรู้ภาระของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ การปรับตัวต่อการดูแล ของแต่ละบุคคล (Chou, 2000) จากการศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของภรรยา คมขำและคณะ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพ แพทย์และพยาบาลก็จะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้เกิดการปรับตัวของผู้ดูแล (นันทกาญจน์ ปักซี, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, และเสนห์ ขุนแก้ว, 2564) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลพบว่า มีการศึกษาในหลายมิติและหลายบริบท ซึ่งการเกิดภาระการดูแลนั้นอาจมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การรับรู้การเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละคนมีความแตกต่างกันปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยในการลดความรู้สึกเป็นภาระ การศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาหลายงานวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแล (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, 2556; ภาวิณี พรหมบุตร, 2556; วริศา จันทรงสิวรกุล และจิราจันทร์ คณฑา, 2564) แต่มีความแตกต่างด้านบริบท ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการทำนายการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการสนับสนุนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของคิมและคณะ

(Kim et al., 2011) พบว่า ประชาชนยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำ การศึกษาในประเทศไทยของนิศาชล นุ่มมีชัย (2560) การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับภาระการดูแลยังไม่พบการศึกษาจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยนี้ ปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพซึ่งปัจจุบัน ประชาชนมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการลดภาระด้านต่างๆ มากมาย และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษา การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เปลี่ยนรูปแบบมาเป็นเว็บไซต์ ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและนวัตกรรมสุขภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มโอกาสให้กับประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึงและเท่าเทียม รองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (กระทรวงสาธารณสุข , 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาในนักเรียนและนักศึกษา (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2560; เจษฎากร เพิ่มพรทวิสุข และเนาวนิตย์ สงคราม, 2564; พนิดนาฏ ชำนาญเสื่อ และ , 2559) ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยนี้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยนี้



## บทที่ 3

### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**3.2.1 ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน

**3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานครตามลักษณะเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

#### 3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.3.1 Inclusion Criteria

##### ผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง (Barthel index scale คะแนน ต่ำกว่า 9 คะแนน)

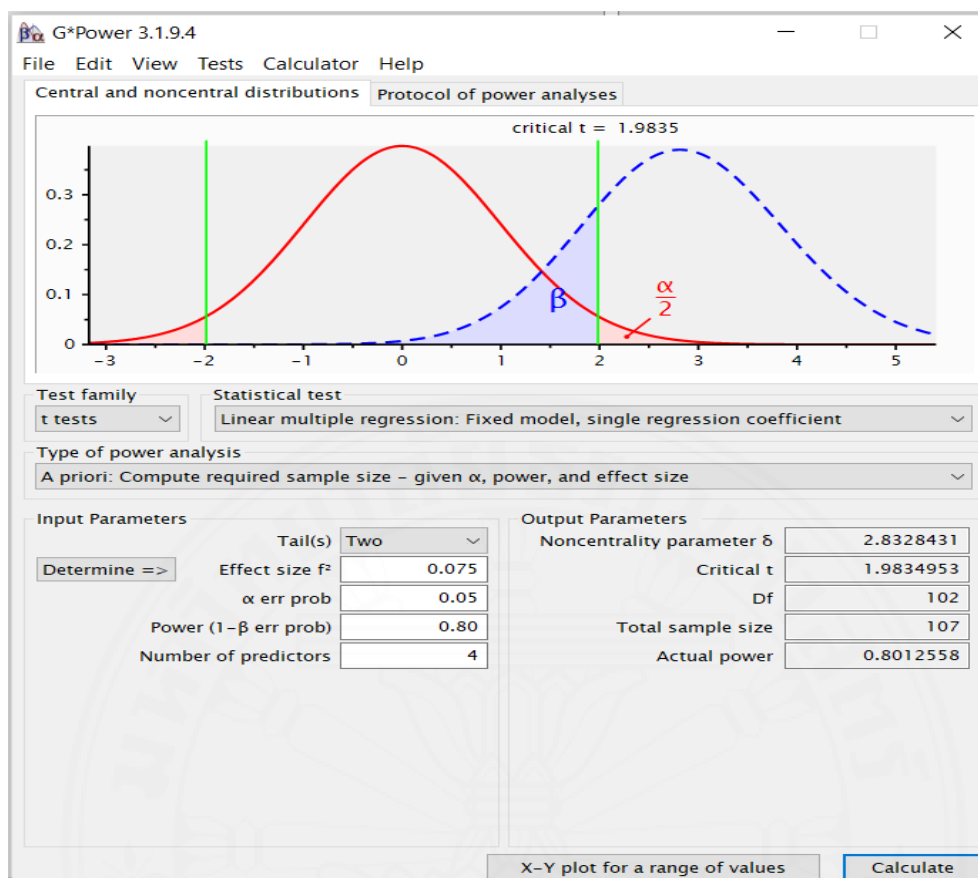
##### ผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะดีสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
3. สามารถอ่าน ฟุด ฟังและสื่อสารภาษาไทยได้
4. กรณีที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรับรู้คิด

(Mini-Cog) และมีผลการประเมินมากกว่า 3 คะแนน

### 3.2.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้โปรแกรม G\*Power (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2563) การกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดอิทธิพลที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณขนาดตัวอย่างของงานวิจัยที่ศึกษามาก่อนหน้า มีลักษณะการศึกษาที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาในด้านประชากร สถานที่ศึกษาและตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาของ เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์ (2538) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการพึงพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ สามารถพยากรณ์ภาวะของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=.22, p < .0001$ ) การใช้ค่า  $R^2$  คำนวณขนาดอิทธิพลทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวนน้อยประมาณ 55 ราย จึงอาจไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีบริบทที่แตกต่างกันและเป็นการศึกษาที่มากกว่า 15 ปี ผู้วิจัยจึงเลือกกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ.075 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ระหว่างขนาดอิทธิพลขนาดเล็กและขนาดกลาง (small effect size=.02, Medium effect size=.15) ขนาดอิทธิพลของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2563) ซึ่งจากการวิจัยของโพลิตและเชอร์แมน (Polit & Sherman, 1990) พบว่าโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.7 ของงานวิจัยทางการพยาบาลมีค่าขนาดอิทธิพล  $< .3$  (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2563) เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับงานวิจัย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนด statistical test เป็น linear multiple regression : Fixed model, single regression coefficient ,Number of predictor= 4 ได้กลุ่มตัวอย่าง 107 ราย คิดอัตราการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 20 (Aweeporn Panthong, 2019;Ebert et al.,2018) ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 ราย



ภาพที่ 3.1 แสดงการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

### 3.2.4.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการกำหนดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (proportionate stratified random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตบริการที่ 13 กรุงเทพฯ โรงพยาบาลสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง โรงพยาบาลกรมการแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง รวมเป็น 10 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อกำหนดเป็นพื้นที่ที่จะทำการศึกษาตามสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลแต่ละประเภท ในอัตราส่วนโดยใช้สัดส่วน 1 : 2 ได้ 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการคำนวณจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตามสัดส่วนของประชากร (proportionate stratified random sampling) ทั้ง 5 โรงพยาบาล ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2563) คือ

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

N

$n_1$  = ขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้น

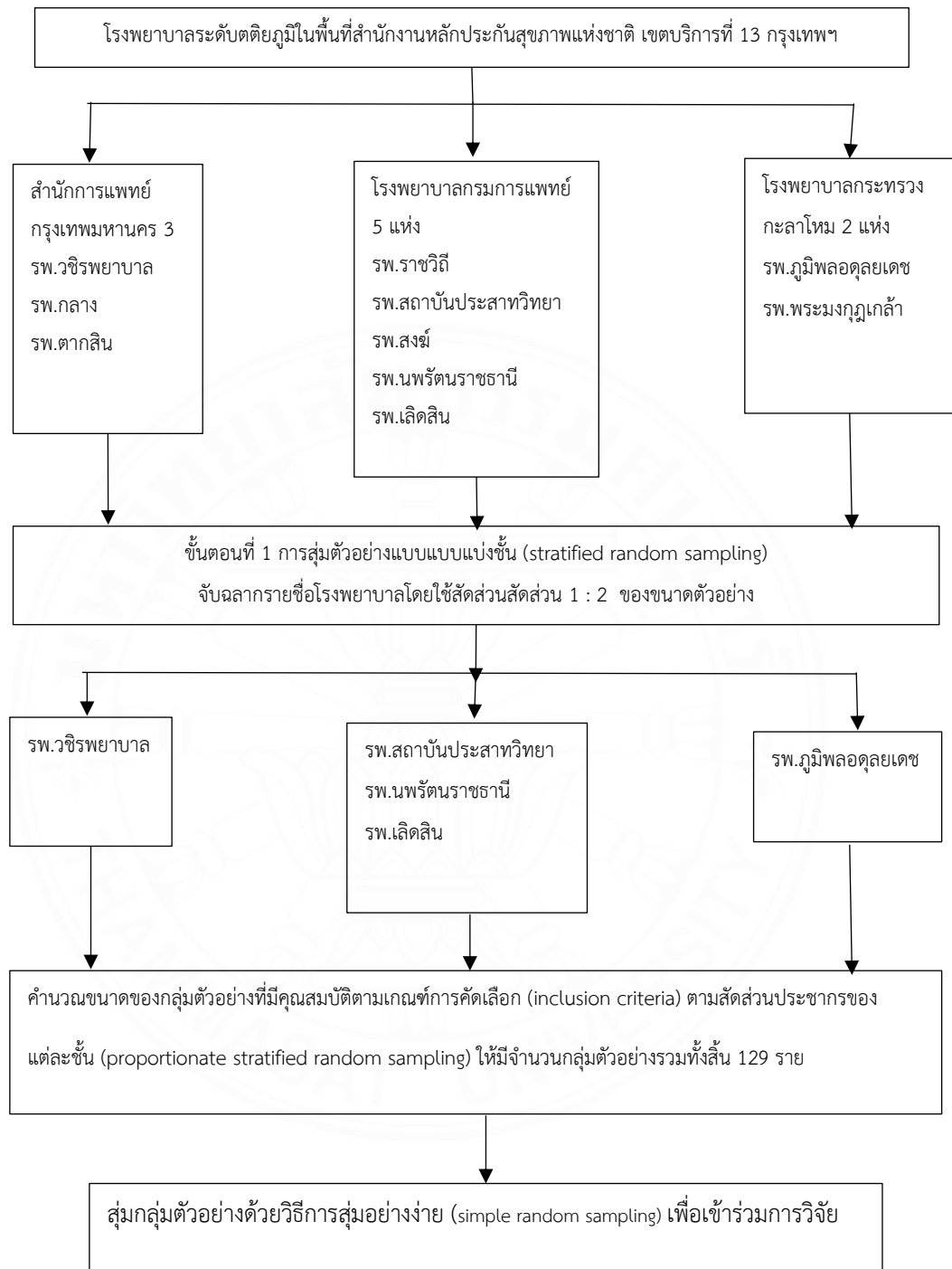
$n$  = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย

N = ขนาดประชากร

โดยให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 129 ราย ดังตาราง

ตารางที่ 3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล	ขนาดประชากร (ราย)	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	2,735	24
สถาบันประสาทวิทยา	6,027	53
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	1,618	14
โรงพยาบาลเลิดสิน	2,317	21
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	1,862	17
รวม	14,559	129



แผนภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากในระหว่างการประสานงานเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัย พบว่าโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ที่จะทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล จึงทำเรื่องขอปรับเปลี่ยนโครงการไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยลดจำนวนโรงพยาบาลเหลือ 4 โรงพยาบาล และมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลดังตาราง ที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลหลังจากปรับลดจำนวนเหลือ 4 โรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล	ขนาดประชากร (ราย)	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	2,735	27
สถาบันประสาทวิทยา	6,027	61
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	1,618	17
โรงพยาบาลเลิดสิน	2,317	24
รวม	12,697	129

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย

ส่วนที่ 1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1965 (Mahoney, 1965) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2537) ซึ่งได้นำไปใช้ในผู้สูงอายุจำนวน 703 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 จากนั้นเพ็ญศิริ สันตโฆภาส (2542) ใช้ประเมินในผู้สูงอายุสตรี 60 ปีขึ้นไป จำนวน 720 คน ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 บุศกร กลิ่นอวล (2549) ได้ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 21 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมจาก 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น-ลงเตียงหรือ

ลูกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการการขยับถ่ายปัสสาวะ 10) การควบคุมการขยับอุจจาระ แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน ให้คะแนนแต่ละข้อเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

1 คะแนน หมายถึง ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน

2 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้ด้วยตนเอง

โดยมีเกณฑ์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

12 - 20 คะแนนหมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับเล็กน้อยผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยเล็กน้อย

9 - 11 คะแนนหมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับปานกลางผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยปานกลาง

5 - 8 คะแนนหมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับสูง ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรง

0 - 4 คะแนนหมายถึง การพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมดผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (mini-cog) สร้างขึ้นโดย บอร์สัน และคณะ (Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, & Dokmak, 2000) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยสุภาพร ตรงสกุลและคณะ (2558) (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) นำไปใช้กับผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 21 รายได้ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) .80 แบบประเมิน มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านความจำ 2) ด้านความเข้าใจ มีจำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนด้านความจำ คือ ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน มีคะแนนรวมด้านความจำอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน และการวาดหน้าปัดนาฬิกา มีเกณฑ์การให้คะแนนตามความครบถ้วนในองค์ประกอบของนาฬิกา คือ มีตัวเลข 1-12 ครบ อยู่ถูกตำแหน่งและไม่ซ้ำกัน มีเข็มนาฬิกาสองอัน เข็มสั้นชี้ที่เลข 11 และเข็มายาวชี้ที่เลข 2 หากผู้สูงอายวาดรูปนาฬิกาได้ครบถ้วนตามองค์ประกอบดังกล่าวได้ 2 คะแนนโดยหากไม่ครบถ้วนส่วนใดส่วนหนึ่งตามเกณฑ์ ได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้ง 2 ด้าน อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการ ให้คะแนน ดังนี้**

คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

คะแนน 3-5 คะแนน หมายถึงไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

### 3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล** ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติโรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วย ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน การได้รับการเยี่ยมบ้าน (จำนวนครั้ง) กิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ปัญหาอื่นๆ ที่ต้องการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเจ็บป่วย ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** สร้างขึ้นโดย ซาริต (Zarit, 1990) ที่แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 501 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94 แบบสอบถาม มี 4 ด้านคือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) มีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน ดังนี้

เป็นประจำ ได้ 4 คะแนน

บ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน

บางครั้ง ได้ 2 คะแนน

นานๆครั้ง ได้ 1 คะแนน

ไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาภาวะการดูแลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลน้อย

21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลปานกลาง

41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลมาก

61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลมากที่สุด

**ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** สร้างขึ้นโดย เชฟเฟอร์และคณะ (schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2531) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 112 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) นำมาดัดแปลง ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 จากนั้น บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้นำมาทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 20 และ 65 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .86 ตามลำดับ แบบสอบถาม มี 3 ด้านคือ 1) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ 3) ด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการ ได้รับการช่วยเหลือจาก 3 กลุ่มคือสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร บุคคลใกล้ชิด เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับคือ

- 4 คะแนน หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
- 3 คะแนน หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลย

คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนรวม 60 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการ ให้คะแนน ดังนี้

- 41 - 60 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก
- 21 - 40 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 0 - 20 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

**ส่วนที่ 5. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** สร้างขึ้นโดยทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจสอบตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้น ได้นำทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ 0.93 แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ /ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแบ่งคะแนน 3 ระดับดังนี้

0-7 หมายถึง ผู้ตอบแบบทดสอบมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ในระดับน้อย

8-11 หมายถึง ผู้ตอบแบบทดสอบมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ในระดับปานกลาง

12-15 หมายถึง ผู้ตอบแบบทดสอบมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ในระดับมาก

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ที่พัฒนาโดย นอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับวัยรุ่น อายุ 13-21 ปี ในทวีปยุโรป ทวีปเอเชีย จำนวน 664 ราย นำคะแนนไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 แปลเป็นภาษาไทยจุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2560) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาบางส่วนเนื่องจากการศึกษาคนละบริบท แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) การรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (traditional literacy) 2) การรู้สารสนเทศ (information literacy) 3) การรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (scientific literacy) 4) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) 5) การรู้สื่อคอมพิวเตอร์ (computer literacy) และ 6) การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (health literacy) มีจำนวน 8 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบ Likert scale เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ความรู้ ความสามารถน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ความรู้ ความสามารถน้อย
- 3 หมายถึง ความรู้ ความสามารถปานกลาง
- 4 หมายถึง ความรู้ ความสามารถมาก
- 5 หมายถึง ความรู้ ความสามารถมากที่สุด

จัดกลุ่มระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพตามคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับคือ

- 8 – 25 คะแนน มีระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับต่ำ
- ≥26 – 40 คะแนน มีระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสูง

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1. ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่มีการพัฒนาและหาความตรงโดยไม่ได้ดัดแปลงข้อความครั้งนี้ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1965 แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2537) 2) แบบประเมินภาระการดูแลสร้างขึ้นโดย Zarit (1990) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยชญชิตาคุชฎี ทูลศิริ รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) 3) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย เชฟเฟอร์และคณะ (schaefer et al., 1981) จากนั้นสมจิต หนูเจริญกุล (2531) นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทย และ บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) นำมาดัดแปลง 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดย ทศพร แสงศรีจันทร์ (2557) แบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 แบบผู้วิจัยมิได้นำมาดัดแปลง และได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความตรงที่มากกว่า .80 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความตรงซ้ำ ผู้วิจัยจึงหาความตรงเฉพาะในตัวแปรการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้น คือ แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปตรวจสอบการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน

- |   |              |
|---|--------------|
| 3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 1 ท่าน |
| 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านอิเล็กทรอนิกส์         | จำนวน 1 ท่าน |

เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา หลังจากนั้นหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ให้ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา ของแบบทดสอบเท่า 1 ซึ่งเป็นค่าความตรงของเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ดี (Polit & Beck, 2017)

### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Procedure) ใช้สูตร KR.20 ต้องได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ที่ .555 ดังนั้นจึงปรับแบบสอบถามให้เหลือ 15 ข้อ โดยตัด ข้อ 5,9,13,16,19 หลังจากนั้น ได้ค่า Reliability เท่ากับ .70

หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาระการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .86, .89, .97, .79 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเที่ยงที่ .80 ขึ้นไปเป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2017)

## 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อได้อนุญาต แล้วนำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประกอบด้วย โรงพยาบาลวิชัยพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิศสิน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องตรวจโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน

1.2 เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วและได้รับหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำหนังสืออนุมัติพร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยผู้วิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด และขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย

2.2 สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดโดยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ห้องตรวจโรค หลังจากนั้นเตรียมประวัติผู้ป่วยแล้วคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้วิจัย

2.3 จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และสวัสดิภาพของอาสาสมัครวิจัย โดยในระหว่างการทำวิจัยผู้วิจัยจะสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา หมั่นล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่สาธารณชน

2.4 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มอาสาสมัครวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มอาสาสมัครวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวแต่อย่างใด

2.5 ในกรณีที่ผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินต้องประเมินสมรรถภาพการรู้คิดฉบับภาษาไทย (mini-cog)

2.6 การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจง ขั้นตอนการกรอกแบบสอบถามให้ละเอียด กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการกรอกแบบสอบถาม 45 นาที แล้วส่งคืนผู้วิจัย หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เสนอโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมแล้วดำเนินการวิจัย ในขณะที่ดำเนินการวิจัยผู้ศึกษาวิจัยตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มแสดงเจตนา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยการรักษาความลับใส่รหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงข้อมูลเอกสารหรือแบบสอบถามจะถูกเก็บในตู้เอกสารที่มีกุญแจถือคเฉพาะของผู้วิจัย ข้อมูลเก็บในคอมพิวเตอร์ (computer) ที่มีรหัสผ่าน (password) เฉพาะของผู้วิจัย การเผยแพร่การศึกษาผู้ศึกษานำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม คำนึงถึงประโยชน์ของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าผลการศึกษาของตน ไม่ใช้ทัศนคติส่วนตัวในการตัดสินใจข้อมูล โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อและไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวแต่อย่างใด

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน การได้รับการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเจ็บป่วย ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคร่วม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ด้วยการนำข้อมูลมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายในแต่ละปัจจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการใช้สถิติ ดังนี้

1. ตัวแปรตามต้องมีมาตรวัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือมาตรวัดอัตราส่วน (Ratio Scale) ซึ่งในงานวิจัยนี้ตัวแปรตามอยู่ในระดับอันตรภาค

2. ตัวแปรต้นต้องมีมาตรวัดอยู่ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรืออัตราส่วน (Ratio Scale) ซึ่งในงานวิจัยนี้ตัวแปรต้นอยู่ในระดับอันตรภาค

3. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ พิจารณาจากค่า Histogram standardized kurtosis standardized skewness และ Box plot ซึ่งจากการทดสอบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่า outlier ลำดับที่ 93 และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีค่า outlier ลำดับที่ 121 ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลด้วยการแทนค่า หลังจากนั้นทดสอบการแจกแจงของข้อมูลมีลักษณะเป็นการแจกแจงแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่า ค่า Z-value ของ skewness และ kurtosis มีค่าอยู่ระหว่าง  $\pm 3.29$  ซึ่งพบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ

4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedascity) โดยพิจารณาจาก Scatterplot ของ Regression Standardized Residual ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่า การกระจายของเหนือและใต้ระดับ 0.0 มีพื้นที่ใกล้เคียงกันและเป็นแนวสี่เหลี่ยมผืนผ้าได้ แสดงว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่

5. ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยการใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) หรือ ค่า VIF ซึ่งเป็นคำสั่งย่อยที่ปรากฏอยู่ใน Linear Regression : Statistics เลือก Collinearity diagnostic โดยเกณฑ์ในการพิจารณาการเกิดภาวะ Multi-collinearity นั้นให้พิจารณาตัวแปรที่มีค่า VIF 10 โดยหากพบว่ามีตัวแปรอิสระที่มีค่า  $VIF \geq 10$  ให้ถือว่า ตัวแปรอิสระนั้นเกิดภาวะ Multicollinearity ซึ่งจะต้องดำเนินการตัดตัวแปรอิสระนั้นออกจากสมการพยากรณ์ซึ่งหากตัวแปร  $\geq 2$  ตัว มีภาวะ Multicollinearity ที่เท่ากัน (มีค่า VIF เท่ากัน) ให้พิจารณาตัดตัวแปรที่มีค่า S.E. มากที่สุดออกก่อน และเหลือตัวแปรที่มีค่า S.E. น้อยที่สุดไว้ในสมการ และ ตรวจสอบโดยการดูค่า Tolerance ประกอบกับค่า VIF โดยค่า Tolerance จะแปรผกผันกับค่า VIF เสมอโดยค่า Tolerance จะมีค่าตั้งแต่ 0 - 1

ซึ่งหากค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน แต่หากเข้าใกล้ 0 แสดงว่าเกิดภาวะ Multicollinearity (พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนตส,2560) ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรที่มีค่า IVF < 10 ทุกตัวแปร และ ทุกตัวแปร มีค่า Tolerance เข้าใกล้ 1

6. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear Relationship) โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย (scatter diagram) แผนภาพการกระจายเป็นวิธีการดูลักษณะความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยดูจากลักษณะการกระจาย หรือแนวโน้มของจุดเมื่อเทียบกับเส้นตรง



#### บทที่ 4

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาระดับการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่เดือน กันยายน - ธันวาคม 2566 จำนวน 129 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 การกระจายข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ตัวแปรทำนายกับการดูแล

ส่วนที่ 6 อำนาจการทำนายของ ระดับความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อการดูแล  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 4.1 ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 129 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 35.7 มากที่สุด รองลงมาคือ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 27.5 ( $\bar{X}$  = 53.33, SD = 12.54) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.2 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.1 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวพบว่า มากกว่า 25,000 ต่อเดือน ร้อยละ 26.4 ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว คือ รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.7 และพบว่าผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.2 โดยค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ร้อยละ 82.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยา ร้อยละ 32.6 มากที่สุด รองลงมา คือ บุตรสาว ร้อยละ 28.7 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 48.8 มีชั่วโมงในการดูแลแต่ละวันอยู่ในช่วง 15-20 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 45 มากที่สุด โรคประจำตัวของผู้ดูแลพบว่า ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.5 มีกิจกรรมดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ อาบน้ำ/เช็ดตัว ร้อยละ 99.2 รองลงมาคือ กายภาพบำบัด ร้อยละ 95.3 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	31.5
หญิง	88	68.5
อายุ ( $\bar{X}$ = 53.33, SD = 12.54)		
18-20 ปี	2	1.6
21-30 ปี	4	3.1
31-40 ปี	15	11.6
41-50 ปี	26	20.2
51-60 ปี	46	35.7
	36	27.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 60 ปี		
สถานภาพ		
โสด	36	27.9
สมรส	84	65.1
หย่า	6	4.7
หม้าย	3	2.3
นับถือศาสนา		
พุทธ	119	92.2
คริสต์	2	1.6
อิสลาม	8	6.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	34	26.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	11.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	24	18.9
อนุปริญญา/ ปวส.	13	10.1
ปริญญาตรี	35	27.1
สูงกว่าปริญญาตรี	8	6.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	30.2
รับจ้าง	38	29.5
เกษตรกร	3	2.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	26.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	11.6
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	22	17.1
5,001-10,000 บาท	26	20.2
10,001-15,000 บาท	20	15.5
15,001-20,000 บาท	13	10.1
20,001-25,000 บาท	14	10.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 25,000 บาท	34	26.4
ความเพียงพอของรายได้		
รายได้เพียงพอเหลือเก็บ	34	26.4
รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ	59	45.7
รายได้ไม่เพียงพอ	36	27.9
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ภรรยา	42	32.6
สามี	10	7.8
บุตรสาว	37	28.7
บุตรชาย	16	12.4
บุตรสะใภ้	3	2.3
พี่น้อง	9	7.0
บิดา/มารดา	5	3.9
หลาน	7	5.4
ค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วย		
ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป	106	82.2
ค่าอาหาร/ค่าอาหารสายยาง	69	53.5
ค่ารถเดินทางมาพบแพทย์	93	72.1
ค่าของใช้ส่วนตัว	18	14
ชุดทำแผล	6	4.7
ค่ายาส่วนเกิน	17	13.2
ค่ากระดาษเปียก	18	14
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้ป่วย		
บุตร	76	58.9
สามี	7	5.4
ภรรยา	12	9.3
บิดา/มารดา	3	2.3
หลาน	5	3.9
ภรรยาและบุตร	6	4.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามีและบุตร	3	2.3
บุตรและหลาน	2	1.6
สะใภ้/เขย	1	.8
พี่น้อง	8	6.2
เงินบำนาญของผู้ป่วยเอง	6	4.7
ประวัติโรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มีโรคประจำตัว	69	53.5
มีโรคประจำตัว	60	46.5
ความดันโลหิตสูง	17	13.2
เบาหวาน	4	3.1
ไขมันสูงในเลือดสูง	5	3.9
ไทรอยด์	2	1.6
โรคไต	1	0.8
โรคหัวใจ	5	3.9
กระดูกพรุน	1	0.8
กระดูกทับเส้นประสาท	1	0.8
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	3	2.3
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง	4	3.1
ความดันโลหิตสูง ไขมันสูงในเลือดสูง	12	9.3
ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ	2	1.6
ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต่อมลูกหมากโต	2	1.6
เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง โรคมะเร็ง	1	0.8
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
ต่ำกว่า 3 เดือน	28	21.7
3 – 6 เดือน	16	12.4
7-12 เดือน	22	17.1
มากกว่า 1 ปี	63	48.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันคิดเป็นชั่วโมง		
ต่ำกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน	42	32.5
10-15 ชั่วโมงต่อวัน	29	22.5
15- 20 ชั่วโมงต่อวัน	58	45
กิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
อาบน้ำ/เช็ดตัว	128	99.2
ทำแผล	12	9.3
กายภาพบำบัด	123	95.3
ป้อนอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง กายภาพบำบัด	79	61.2
พลิกตะแคงตัว	56	43.2
ดูดเสมหะ	12	43.4
เปลี่ยนผ้าอ้อม	62	48.1
พุงเข้าห้องน้ำ	64	49.6
การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน		
ไม่ได้รับการเยี่ยมเลย	105	81.4
1- 3 ครั้ง	16	12.4
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	8	6.2
ปัญหาอื่นๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือ		
ไม่ต้องการ	69	53.5
ต้องการให้ช่วยค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป	38	29.5
ต้องการให้ช่วยค่าเดินทาง	4	3.1
ต้องการให้ช่วยค่าอาหาร	1	0.8
ต้องการสวัสดิการผู้พิการ	4	3.1
ต้องการให้นักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมบ้าน	12	9.3
ต้องการให้ช่วยค่าใช้จ่ายภายในบ้าน	1	0.8

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 54.3 อายุอยู่ในช่วง 70-80 ปี ร้อยละ 32.6 ( $\bar{X}$  =69.08, S.D.= 13.50) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.1 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 30.2 โรคประจำตัวของผู้ป่วยคือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 26.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 70.5 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.5 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	59	45.7
หญิง	70	54.3
<b>อายุ (<math>\bar{X}</math> =69.08, SD = 13.50)</b>		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	0.8
30-40 ปี	3	2.3
41-50 ปี	7	5.4
51-60 ปี	20	15.5
มากกว่า 60 ปี	98	76
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	12	9.3
สมรส	69	55.0
หย่า	4	3.1
หม้าย	41	31.6
แยกกันอยู่	1	0.8
<b>นับถือศาสนา</b>		
พุทธ	120	93.0
คริสต์	3	2.3
อิสลาม	6	4.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	75	58.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	12.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	9	7.0
อนุปริญญา/ ปวส.	14	10.9
ปริญญาตรี	13	10.1
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.6
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	28.7
รับจ้าง	39	30.2
เกษตรกร	10	7.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29	22.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	10.9
ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย		
ไม่มีโรคประจำตัว	11	8.52
มีโรคประจำตัว	118	91.47
ความดันโลหิตสูง	34	26.4
เบาหวาน	5	3.9
ไขมันสูงในเลือดสูง	6	4.7
โรคหัวใจ	4	3.1
ต่อมลูกหมากโต	2	1.6
กระดูกพรุน	1	0.8
กระดูกทับเส้นประสาท	1	0.8
โรคมะเร็ง	2	1.6
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	12	9.3
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง	17	13.2
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง โรคหัวใจ	5	3.9
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง โรคไต	2	1.6
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูงในเลือดสูง โรคหัวใจ ไทรอยด์	1	0.8
ความดันโลหิตสูง ไขมันสูงในเลือดสูง	17	13.2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง ไชมันสูงในเลือดสูง โรคหัวใจ	7	5.4
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต	2	1.6
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง		
ชนิดตีบ/ตัน	91	70.5
ชนิดแตก	34	26.4
ทั้งชนิดตีบและชนิดแตก	4	3.1
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ต่ำกว่า 3 เดือน	29	22.5
3 – 6 เดือน	16	12.4
7- 12 เดือน	24	18.6
มากกว่า 1 ปี	60	46.5

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การดูแลปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมาคือ การดูแลมาก ร้อยละ 31.8 การดูแลน้อย ร้อยละ 27.1 การดูแลมากที่สุด ร้อยละ 3.1 ( $\bar{X}$  = 31.81, SD = 14.66) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 129)

ระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
$\bar{X}$ = 31.81, SD = 14.66, Min-Max = 4-63, Range = 59		
การดูแลน้อย (0-20)	35	27.1
การดูแลปานกลาง (21-40)	49	38.0
การดูแลมาก (41-60)	41	31.8
การดูแลมากที่สุด (61-88)	4	3.1

#### ส่วนที่ 4.1 การกระจายข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความรุนแรงของโรค คือ เจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงมาก ( $\bar{X}$  =33.3, SD=3.06) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  =30.01, SD=10.34) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระดับมาก ( $\bar{X}$  =10.97, SD=2.21) ผู้ดูแลมีการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับต่ำ ( $\bar{X}$  =23.87, SD=7.9) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD	การแปลผล
ระดับความรุนแรงของโรค	0-20	0-8	3.33	3.06	ระดับรุนแรงมาก
การสนับสนุนทางสังคม	0-60	7-56	30.01	10.34	ระดับปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	0-15	6-14	10.97	2.21	ระดับมาก
การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	8-40	6-40	23.87	7.90	ระดับต่ำ

#### 4.2 ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก ร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรง ร้อยละ 36.4 ( $\bar{X}$  =3.33, SD=3.06) (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X}$ =3.33, SD=3.06, Min-Max= 0-8, Range=8		
ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรง	47	36.4
ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก	82	63.6

### ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับภาระการดูแล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยที่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ( $r=-.278, P<.001$ ) รองลงมาการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ( $r=-.149, P<.05$ ) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=129$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ระดับความรุนแรงของโรค	1				
การสนับสนุนทางสังคม	.025	1			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-.084	.054	1		
การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	-.011	.102	-.038	1	
ภาระการดูแล	-.113	-.10	-.278**	-.149*	1

\* $P < .05$  \*\* $P < .001$

### ส่วนที่ 6 อำนาจการทำนายของระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้งหมดมาทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ ซึ่งจากการทดสอบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีค่า outlier ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลด้วยการแทนค่า (ดูภาคผนวกจ) เมื่อตัวแปรทั้งหมดผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงตัวแปรเดียวคือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N =129)

ปัจจัยการทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	beta	T	p-value
ความรุนแรงของโรค	-.137	-1.616	.109
การสนับสนุนทางสังคม	-.085	-.996	.321
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	-1.824	-3.266	.001
การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	-.159	-1.886	.062

Constant= 52.022, \*P< .001

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ ร้อยละ 7.7 เมื่อพิจารณาคะแนนมาตรฐานของตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่า Bata=-.278 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) เท่ากับ .278 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ 14.173 และมีค่าคงที่เท่ากับ 52.022 โดยสามารถเขียนสมการทำนายในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

$$Y = 52.022 + (-.278)$$

Y = ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

$\beta_0$  = ค่าคงที่ (Constant)

$\beta_1$  = ค่าสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนายของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Bata)

$X_1$  = ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

กล่าวคือ ถ้าคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดลดลง .278 คะแนน (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R)<sup>2</sup>

ตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	beta	SEb	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.278	.077	-1.824	.564	-3.266	.001
Constant= 52.022, F= 10.664						

\*P&lt; .001

#### 4.2 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษา ระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

##### 4.2.1 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมาคือ ภาวะการดูแลมาก ร้อยละ 31.8 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเจ็บป่วยรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก และเป็นวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 76 ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมาก มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้เกิดผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล บางรายต้องออกจากงานประจำ มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกรังเกียจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล สอดคล้องการศึกษาของผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ (2564) พบว่า ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของนิรชา ภูธรนารักษ์ (2563) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีผลต่อภาวะการดูแล อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 15-20 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 45 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงทำให้เกิดกิจกรรมที่ดูแลมีความซับซ้อน เช่น การอาบน้ำ ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ดูดเสมหะ ทำแผล ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างพบ ร้อยละ 42.7 ทำให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากทำให้เกิดความเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล

สอดคล้องกับการศึกษาของธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2559) พบว่า เวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อภาวะการดูแล เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาชอยควอนและคณะซึ่งศึกษาภาวะการดูแลในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวันมีผลต่อภาวะการดูแล (Choi-Kwon, Kim, Kwon, Kim, & rehabilitation, 2005)

ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 เพศหญิงส่วนใหญ่มักจะยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลตามความคาดหวังของสังคม (Jeong, Myong, & Koo, 2015; อรทัยวงอินทร์, 2562) โดยมีความสัมพันธ์เป็นภรรยา ร้อยละ 32.6 ซึ่งภรรยามีความรักและผูกพันที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมากกับสามี รองลงมาคือบุตรสาว ร้อยละ 28.7 ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทยมีการปลูกฝังให้บุตรมีความกตัญญูต่อบิดามารดา เลี้ยงดูเมื่อท่านแก่ชรา (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของไชยยงค์ ลุนพิลา (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลคือ ความสัมพันธ์แบบอื่นๆที่ไม่ใช่บุตรหรือสามีภรรยา ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ภาวะการดูแล ระดับปานกลางถึงภาวะการดูแลระดับมาก

#### 4.2.2 ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ  $-0.278$ ,  $-0.14$  ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นความสัมพันธ์ระดับน้อย ส่วนปัจจัยระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  โดยขออธิบายดังนี้

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ร้อยละ 47.3 ( $\bar{X}$  =10.9, SD=2.21) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.5 ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะแรกผู้ดูแลจะให้ความสนใจในเรื่องการรักษาและวิธีการดูแลผู้ป่วย และในระยะถัดมาเป็นการสนใจเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้อาการทรุดลงของผู้ป่วย (จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2565) นอกจากนี้ยังมีกระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์ (2561) พบว่า ความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6 สอดคล้องกับการศึกษาของฟาร์ปัวร์ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ประเทศอิหร่าน พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Farpour et al., 2023)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7 ( $R^2$  =.077) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือหากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อนและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำได้เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและทักษะการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่จะเกิดขึ้น สามารถตัดสินใจได้เมื่อเกิดปัญหา จะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ สอดคล้องการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ของคิม เกี่ยวกับความรู้กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Kim, 2012) สอดคล้องการการศึกษาที่ประเทศเวียดนามของฟาม ถิ ฮันห์ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัย ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม การรู้สารสนเทศอเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

**ระดับความรุนแรงของโรค** จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก พบร้อยละ 63.2 รองลงมาคือผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงพบ ร้อยละ 36.4 ( $\bar{X}=3.33$ ,  $SD=3.06$ ) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 76 ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและมีการฟื้นฟูสภาพได้ช้า (Miller, 2021) และกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.47 พบมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.4 และมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.4 ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกิดภาวะพึ่งพา ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโล คูปต์นิรติศัยกุลและคณะ (2561) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพา ระดับสูง ร้อยละ 53.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของธารินทร์ คุณยสัย (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพึ่งพา ระดับสูงมาก ร้อยละ 42.24 ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมาก

ระดับความรุนแรงของโรคพบว่า ไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเหมือนกัน คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ระดับสูง (Barthel index scale คะแนน 5-8 คะแนน) และภาวะพึ่งพา ระดับสูงมาก (Barthel index scale คะแนน 0-4 คะแนน) ซึ่งทำให้คะแนนภาวะการดูแลไม่แตกต่างกันในสองกลุ่ม ทำให้ไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลได้สอดคล้องการศึกษาของธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2559) พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 68.2 มีความสัมพันธ์เป็นภรรยา ร้อยละ 32.6 รองลงมา คือ บุตรสาว ร้อยละ 28.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.2 ซึ่งสังคมมีความคาดหวังในบทบาทการเป็นผู้ดูแลของเพศหญิง โดยสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยมีความเชื่อในเรื่องบาปบุญ การดูแลคู่ชีวิต การกตัญญูต่อบิดา มารดา ตอบแทนบุญคุณท่านด้วยการเลี้ยงดูท่านยามแก่ชรา ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง มองโลกในแง่ดี ทำให้มีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์มากขึ้น (พิศิษฐ์ ชื่นแจ่ม, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไชยงค์ ลุนพิลา (2564) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามพบว่า กิจกรรมที่ทำให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 68.2 ( $\bar{X}$  =30.1, SD=10.35) โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สถานภาพโสด หม้าย หย่า ร้อยละ 34 ทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ การประคับประคองด้านอารมณ์ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และเพื่อนที่ใกล้ชิดไม่เพียงพอ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) การดำเนินชีวิตลักษณะต่างคนต่างอยู่ และเมื่อพิจารณาคะแนนด้านการช่วยเหลือทางการเงินและอุปกรณ์จากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์พบว่า ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของธรรณรดี ภาคภากร และคณะ (2558) ศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 44.4 มีภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 82.4 และผลการศึกษาของวรวิศา จันทรังสีวรกุล (2564) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกฤษณีย์ คมขำ (2558) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของของศตวรรษ อุดร (2561) ฮาม ธิ ฮัน (2560) จิรนนท์ ปุริมาตย์ (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุดนี้เนื่องมาจากการศึกษาของศตวรรษ อุดร (2561) มีความแตกต่างทางด้านเพศซึ่งศึกษาในเพศชาย และผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 36-45 ปี) ร้อยละ 41 มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว ญาติและเพื่อน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดได้มากกว่า ส่วนการศึกษาของ ฮาม ธิ ฮัน (2560) พบว่า ผู้ดูแลมีสถานะสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 และศึกษาในต่างจังหวัด ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคคลใกล้ชิด เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิรนนท์ ปุริมาตย์ (2562) พบว่า ผู้ดูแลมีสถานะสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 และศึกษาในต่างจังหวัด ซึ่งมีเครือข่ายญาติอาศัยอยู่ใกล้กันช่วยเหลือกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงทำผลการศึกษาแตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด หม้าย หย่าถึงร้อยละ 34 และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) การดำเนินชีวิตลักษณะต่างคนต่างอยู่ ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์วิกฤติในชีวิต เพื่อความอยู่รอดของชีวิต และการปรับสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ

(ติลก บุญอิม, 2561) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.2 ทำให้มีความเชื่อเกี่ยวกับคำสอน การพึ่งพาตนเอง การจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีการพัฒนาศักยภาพตนเอง และพึ่งพาตนเอง (ตระกูล พุ่มงาม, และวริทธิ์ตา จารุจินดา, 2565) ทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลได้ อาจมีปัจจัยตัวอื่นที่มาจากเกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ศตวรรษ อุดรศาสตร์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาม ถิ ฮัน (2560) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลครอบครัวสำหรับผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลครอบครัวสำหรับผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Boosin, 2021)

**การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ** จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 52.7 ( $\bar{X}$  = 23.87, SD = 7.9) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย 53.3 ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.6 ทำให้การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์พบว่า ผู้สูงอายุใช้โทรศัพท์มือถือมีจุดประสงค์ในการใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อติดต่อเพื่อนเก่า/ครอบครัว ไม่นิยมใช้ประโยชน์ในด้านอื่นๆ และพบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (วรรษญา ทิพย์มาลัย, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี สุวรรณเทนและคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง สภาพ ปัญหา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่า ความสามารถด้านการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุโดยรวม มีความสามารถอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาตามรายการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน ๆ หรือบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาคือการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เกี่ยวกับข่าวการเมือง สถานการณ์บ้านเมือง และการใช้เฟซบุ๊กติดต่อสื่อสาร แบ่งปันข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ธีระวัฒน์ นิลละออ, 2564)

การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพพบว่า การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.149$ ) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ แต่พบว่าไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากการศึกษาพบว่า กลุ่มซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย 53.3 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.6 ซึ่งในปัจจุบันประชาชนมีการใช้สมาร์ทโฟนมากขึ้น ผลการสำรวจประชาชนประมาณ 65.7 ล้านคนพบว่า มีใช้โทรศัพท์มือถือ 62.2 ล้านคน (ร้อยละ 94.7) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) พร้อมกันนี้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพก็มีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยที่ข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรักษาสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้นด้วย ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจึงจำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความสามารถใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ติดต่อบริการกับครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน ๆ หรือบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาคือการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เกี่ยวกับข่าวการเมือง สถานการณ์บ้านเมือง (สุภาวดี สุวรรณแทน และคณะ, 2564) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีน พบว่า การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wang, Gao, Sun, & Bishop, 2021) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร โดยมีสมมติฐานว่า ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานครตามลักษณะเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา โดยเกณฑ์ผู้ป่วย คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง (Barthel index scale คะแนน ต่ำกว่า 9 คะแนน) เกณฑ์ผู้ดูแล คือ เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เดือน มีสติสัมปชัญญะดีสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถอ่าน พูด ฟังและสื่อสารภาษาไทยได้ ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมินภาวะการรับรู้คิด (Mini-Cog) และมีผลการประเมินมากกว่า 3 คะแนน จำนวน 129 ราย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปการวิจัย

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 35.7 ( $\bar{X}$  =53.33, SD = 12.54) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.2 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.1 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 ร้อยละ 26.4 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.7 และพบว่าผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.2 โดยค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วยเป็นค่า ฝ้าย้อมสำเร็จรูป ค่าอาหาร/ค่าอาหารสายยาง ค่ารถเดินทางมาพบแพทย์ ร้อยละ 21.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยา ร้อยละ 32.6 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 48.8 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 15-20 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 45 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.5 มีกิจกรรมที่ดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ร้อยละ 42.7

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 54.3 อายุในช่วง 70-80ปี ร้อยละ 32.6 ( $\bar{X}$  =69.08, SD = 13.50) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 93 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 อาชีพก่อนการเจ็บป่วยพบว่า อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.2 โรคประจำตัวของผู้ป่วย คือ ความดันโลหิตสูงมาก

ที่สุด ร้อยละ 26.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและตัน ร้อยละ 70.5 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.5

5.1.3 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมา คือ มีภาวะการดูแลมาก ร้อยละ 31.8 มีภาวะน้อย ร้อยละ 27.1 มีภาวะการดูแลมากที่สุด ร้อยละ 3.1 ( $\bar{X} = 31.81, SD=14.66$ )

5.1.4 ปัจจัยทำนายภาวะการดูแล พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ ร้อยละ 7 ( $R^2 = .077, P < .001$ )

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

#### 5.2.1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ ดังนั้นพยาบาล ควรพัฒนาแนวการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 5.2.1.2 ด้านการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลแต่ไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันประชาชนมีการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลด้วยการใช้แอปพลิเคชันต่างๆ เป็นจำนวนมาก ด้านการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ควรมีการศึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสืบค้น แยกแยะข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

5.2.2.1 จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม ซึ่งอาจสามารถร่วมทำภาวะการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดภาวะการดูแล

### เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2561). *การฟื้นฟูระบบประสาททันยุค*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ ภัทรมัย, จุฑารัตน์ มีสุขโข, และสุธิตา ล่ามข้าง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *พยาบาลสาร*, 42(2), 182-192.
- กันตพร ยอดไชย, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2564). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. บริษัท นีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- กรมควบคุมโรค. (2566). สืบคนจาก [https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=37947&deptcode=odpc9&news\\_views=2847](https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=37947&deptcode=odpc9&news_views=2847)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *วันหลอดเลือดสมองโลก 29 ตุลาคม 2566*. สืบคนจาก <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=14894&deptcode=dncd>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *สถานการณ์ครอบครัวไทย ประจำปี 2565*. สืบค้นจาก. <https://opendata.nesdc.go.th/mk/dataset/thai-family-situation-2565>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา, และกัรดา ไกรนุวัตร. (2558). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 114-122.
- ขวัญเมือง แก้งคำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึงเข้าใจและนำไปใช้*. อมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์.
- จักรพงษ์ ศรีราช. (2563). *การพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี*. สาธารณสุขอำเภอหนองแสง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี. file:///C:/Users/Dell/Downloads/23d6a017e41a56b69ada55bf55a803b2009e6290%20(3).pdf
- จตุพงษ์ พันธวิไล, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัตรา ปวนไผ่, สุชาโรณี ศรีสวัสดิ์, และวินัยดวง แสนจันทร์. (2022). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 882-895.

- จิตตินันท์ พงสุวรรณ. (2565). การบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 213-227.
- จิรนนท์ ปุริมาตย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 611-619.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ( 2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ ปิยศิริณ. (2563). ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนา 19. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 153-163.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, จันทิมา แก้วเขียว, พนิตนาฏ ขำนาญเสื่อ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, พรเลิศ ชุ่มชัย, ธัญญรัตน์ ดวงคำ, และฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์. (2560). ปัจจัยทำนายนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(1), 235-248.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. ( 2536 ). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกในความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิจัย Digital Research Information Center. <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/38728>
- เจษฎากร เพิ่มพรทวิสุข , และเนาวนิตย์ สงคราม. (2564). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*, 35(2), 163-184.
- เชิดชาย ชยวัฑฒ. (2559). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 14-27.
- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(1), 97-111.
- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 41(1), 62-75.
- ชิษณุพงศ์ จันมี, พิรุณวรรณ สิริวิชิรัชชัย, พิรุณวรรณ สิริวิชิรัชชัย, พิรุณวรรณ สิริวิชิรัชชัย, และน้อมจิตต์ นवलเนตร. (2564). สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น: การประเมินบนพื้นฐานบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ. *วารสารกายภาพบำบัด*, 43(1), 46-63.
- ชาลินี สุวรรณยศ, และดารา วรรณ ต๊ะปันทา. (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 1-17.
- ไชยยงค์ ลุนพิลา. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 33-43.
- ดิลก บุญอิม. (2561). แนวทางการปรับตัวที่ดีตามวิถีพุทธ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 29(2), 12-23.
- ดุขฎิ ไตรยวงศ์, สุนีย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 37(3), 240-249.
- ตระกูล พุ่มงาม, และวริทธิ์ตา จารุจินดา. (2565). มองทุกข้อให้สุขได้ตามแนววิถีพุทธ. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 7(1), 20-27.
- ทศพร แสงศรีจันทร์. (2557). *การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศิลปากร]. ฐานข้อมูลวิจัย. DSpace Silpakorn University). <http://www.sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/19916?attempt=2&>
- เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. (2554). การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ: ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 29(3), 31-40.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 6(1), 56-62.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). *การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. ฐานข้อมูลวิจัย thailis. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int\\_code=57&Recd=48013&obj\\_id=462892&showmenu=no&userid=0](https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=57&Recd=48013&obj_id=462892&showmenu=no&userid=0)
- ธีรนุช ห้านิรัตติชัย, และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 634-639.
- ธีระวัฒน์ นิลล่อ. (2564). *การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. <http://irithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1664/1/g611130356.pdf>

- นุชกร จันทร์แปลง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้ง. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 53(2), 32-48.
- นนทเกียรติ สมทรัพย์, ธนกฤต เบญจธรรมนนท์, ปิยะชาติ ทองทานธรรม, สหัชชัย ประรามภ์, รักชิตา บริดี, สโรชา ตั้งเสถียรภาพ, สมพงษ์ ศรีแสนปาง, และพรรัช โนนจ้อย. (2563). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดภายหลังได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(1), 41-53.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, และเสนห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 47-61.
- นันทกัต ชนะพันธ์. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิจัย Thailis. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int\\_code=126&ReclD=14865&obj\\_id=32135](https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=126&ReclD=14865&obj_id=32135)
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2544). *Epidemiology of stroke* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 108-129.
- นัยน์ปพร จันทรธิมา, ทศพร คำผลศิริ, และเดชา ทำดี. (2561). ผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 45(2), 51-63.
- นิรชา ภูวนารักษ์, และภัควีร์ นาคะวิโร. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(1), 1-11.
- นิโรธ ทองธรรมชาติ. (2559). วิถีชีวิตและสภาวะการณ์ปัจจุบันในสังคมเมือง. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร*. 9(1), 1169-1687.
- นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังการสนับสนุนทางสังคมความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 61-70.
- นิศาชล นุ่มมีชัย. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,

- มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลวิจัย Thailis. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int\\_code=95&ReclD=28252&obj\\_id=192925&showmenu=no&userid=0](https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=95&ReclD=28252&obj_id=192925&showmenu=no&userid=0)
- น้อมจิตต์ นवलเนตร์, และเดือนเพ็ญ ศรีษา. (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(3), 60-70.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2563). *ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G\*Power* เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิจัย Thailis. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int\\_code=126&ReclD=3678&obj\\_id=3543&showmenu=no&userid=0](https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=126&ReclD=3678&obj_id=3543&showmenu=no&userid=0)
- ปิยะนุช จิตตสุนนท์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, และพิมพ์พิศา ศักดิ์สองเมือง. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลพลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.
- ปิยะนุช จิตตสุนนท์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, & พิมพ์พิศา ศักดิ์สองเมือง. (2564b). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.
- ผ่องพักตร์ จันท์ศิริ. (2564). ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 72-80.
- พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนตส. (2560). การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นตรง. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 7(2), 20-37.
- พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว.
- พัชรา เสถียรพักตร์, โสภภาพันท์ สอาด, รุจิตรา วันวิษา, และอัครภา เกื้อสุวรรณ. (2563). ประสิทธิภาพของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 47-56.
- พัทธินันท์ สันตยากร. (2561). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [http://ethesisarchive.library.tuacth/thesis/2018/TU\\_2018\\_5814032032\\_7648\\_11260.pdf](http://ethesisarchive.library.tuacth/thesis/2018/TU_2018_5814032032_7648_11260.pdf)

- พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ, จันทิมา เขียวแก้ว, พรเลิศ ชุ่มชัย, ธัญญารัตน์ ดวงคำ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐ ไพบูลย์, กฤษณา หงส์ทอง, . . . เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2559). การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันบรมราชชนกในกลุ่มเครือข่ายภาคกลาง 2 และเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุด*, 9(1), 93-117.
- พรชัย จุลเมมมต์. (2565). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วนิดาการพิมพ์.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, ยุวดี ภาษา, และศุภภาณูจน์ สิริกรรณะ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาและการรับรู้พฤติกรรมทารกแรกเกิดกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 7(2), 124-134.
- พรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิดและการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดต่อเฉียบพลันในระบบทางหายใจพรพรรณ ประจักษ์เนตรส่วนบนของประชากรไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(3), 243-260.
- พิชัญ ชื่นแจ่ม. (2564). *เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงจังหวัดสุโขทัย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5154/3/60061940.pdf>
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แร่งสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/29612>
- ภัทรราวดี แซ่ลี, และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในชุมชน. *วารสารราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 3(2), 106-118.
- ภาวิณี พรหมบุตร. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิจัย Thailis. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int\\_code=126&ReclId=16353&obj\\_id=35539&showmenu=no&userid=0](https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=126&ReclId=16353&obj_id=35539&showmenu=no&userid=0)
- ยุพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.

- ยุพาพร หัตถ์โชติ. (2560). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(2), 136-142.
- เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, และยุพาวรรณ ทองตะนุณาม. (2560). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสรณ์รดี ภาคภากร, ยุรณี กาญจนถวัลย์, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำผู้ป่วยมารักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(4), 457-469
- ลัดดา ศิลาเรียม, อีรนุช ห่านิรติศัย, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 180-191.
- ลั่นทม จอนจวบทรง. (2557). *วิธีชุมชนการจัดการการความรู้เพื่อยกระดับธุรกิจชาวบ้าน*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรษญา ทิพย์มาลัย. (2562). *พฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศิลปากร]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2444/1/59601309.pdf>
- วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชณี นามจันทรา. (2561). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ ๑๓ ปี การศึกษา ๒๕๖๑, มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี.
- วิศา จันทรังสีวรกุล, และจิราจันทร์ คนหา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 44(1), 88-101.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยบูรพา. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/7748/1/Fulltext.pdf>

- ศยามล สืบเนื่อง. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัท นันยาง  
เม้นท์ จำกัด กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์].  
ฐานข้อมูลวิจัย (library.nida). [http://library1.nida.ac.th/termpaper6/  
sd/2557/20037.pdf](http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2557/20037.pdf)
- ศิริานี ศรีหามาต, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). ผลกระทบและภาวะการดูแล  
ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).  
[https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4028/hs2116.pdf?sequen  
ce=3&isAllowed=y](https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4028/hs2116.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวตล, พรชัย จุลเมตต์, และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารคณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(4), 3-12.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2561). สรุปรายงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรค  
หลอดเลือดสมอง (Stroke) ปี 2561: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำหรับพยาบาลทั่วไป .กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับ  
แพทย์.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.  
<http://www.neurothai.org/images/2012/download/hemorrhagic-2008.pdf>
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. (2544). หลักการสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 32(2), 129-144.
- สุภาวดี สุวรรณเทน, นิตยา กินบุญ, สุวิช ธีระโคตร, ชญา หิรัญเจริญเวช, และลลภา ศรีพสุตา.  
(2564). สภาพ ปัญหา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด  
ขอนแก่น. วารสารบัณฑิตศึกษา, 16(74), 235-245.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2565). โรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาทวิกฤติ (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย  
, 37(4), 54-60.
- สาริกข์ พรหมมารัตน์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบ้านไธสง  
จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 12(1), 57-64.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส1)*. สืบค้นจาก [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail /2023/20230913093840\\_23932.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail /2023/20230913093840_23932.pdf)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *ชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (STROKE)*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก [https://data.go.th/en/dataset/dataset-pp\\_32\\_03](https://data.go.th/en/dataset/dataset-pp_32_03)
- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2561). *คู่มือการปฏิบัติงานกองการพยาบาลสาธารณสุข*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก [https://officialadmin.bangkok.go.th/public/upload\\_fm/ITA/O13/O13\\_14\\_6.pdf](https://officialadmin.bangkok.go.th/public/upload_fm/ITA/O13/O13_14_6.pdf)
- สุธิดา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนุชิต, และวชิรศักดิ์ วานิชชา. (2560). ประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(3), 58-69.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. บริษัท สุขุมวิทย์ การพิมพ์ จำกัด.
- อนัญญา อุทิศสัมพันธ์กุล. (2565). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลการใช้สื่อในการให้ความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูก. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(1), 77-89.
- อนันต์ตรี สมिति นราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 43-56.
- อัจฉราพร ปะทิ. (2559). *ความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนต่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง: กรณีศึกษาประชาชนในตำบลผาลังห์ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU\\_2016\\_5705037082\\_4989\\_4009.pdf](http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5705037082_4989_4009.pdf)
- อุมาพร แซ่ก้อ, และชนกพร จิตปัญญา. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 13-23.
- อุราภรณ์ เขยกาญจน์, และศุภิสรา สุวรรณชาติ. (2562). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกระยะแรก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(3), 188-201.

- อรพินท์ สีขาว. (2564). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ ). บริษัทจามจู้โปรดักส์ จำกัด.
- อรรถัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, & อภิญญา วงศ์ขารี. (2562). การศึกษาความเครียด และ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสาร การพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 40-49.
- อาจารย์ จันทร์พานิชย์. (2561). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยบูรพา.  
<https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/7764/1/Fulltext.pdf>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *Jama*.1(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304
- Adriaansen, J. J., van Leeuwen, C. M., Visser-Meily, J. M., van den Bos, G. A., Post, M. W. J. P. (2011). Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Patient Education and Counseling*, 85(2), e48-e52.  
 doi:10.1016/j.pec.2010.12.011
- Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., Odole, A. C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0885-z>
- Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *AAAJournals/stroke*, 26(5), 843-849. <https://doi.org/10.1161/01.STR.26.5.843>
- Aweeporn Panthong. (2019). *An Efficiency Comparison of the Quality of Missing Data Treatment Methods underMNAR for Estimation of Polytomous Scored Items Parameters*. *ournal of Science and Technology Nakhon Sawan Rajabhat University*, 13(3), 181-188
- Badaru, U. M., Ogwumike, O. O., Adeniyi, A. F., Nelson, E. E. (2017). Determinants of caregiving burden and quality of life of informal caregivers of African stroke survivors: literature review. *International Journal on Disability and Human Development*, 16(3), 249-258. DOI 10.1515/ijdhhd-2016-0041

- Banks, J. L., & Marotta, C. A. (2007). Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. *AHA Journals/stroke*, *38*(3), 1091-1096. DOI: 10.1161/01.01.STR.0000258355.23810.c6
- Barrera, M., Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment Issues. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support in community mental health* Beverly Hills. 69-96.
- Belagaje, S. R. J. C. L. L. i. N. (2017). *Stroke rehabilitation*. *23*(1), 238-253.
- Bensenor, I. M., Goulart, A. C., Szwarcwald, C. L., Vieira, M. L. F. P., Malta, D. C., & Lotufo, P. A. (2015). Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: *National Health Survey*, *73*, 746-750. DOI: 10.1590/0004-282X20150115
- Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., & Dalal, P.M. (2012). Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Ann Indian Acad Neurol*. *15*(2), 113. doi:10.4103/0972-2327.94994
- Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., & Dalal, P. M. (2012). Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Ann Indian Acad Neurol*, *15*(2), 113-119. doi:10.4103/0972-2327.94994
- Björck, S., Palaszewski, B., Friberg, L., & Bergfeldt, L. (2013). Atrial fibrillation, stroke risk, and warfarin therapy revisited: a population-based study. *stroke*, *44*(11), 3103-3108.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *AHA Journals/stroke*, *120*(3), 472-495. DOI:10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
- Boonsin, S., Deenan, A., & Wacharasin, C. (2021). Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *25*(1), 102-113.
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *international Journal of geriatric psychiatry*, *15*(11), 1021-1027.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure, *Nursing research*, *30*(5), 277-280

- Bruno, A., Close, B., Switzer, J. A., Hess, D. C., Gross, H., Nichols, F. T., 3rd, & Akinwuntan, A. E. (2013). Simplified modified Rankin Scale questionnaire correlates with stroke severity. *Clinical rehabilitation*, 27(8), 724–727. <https://doi.org/10.1177/0269215512470674>
- Brott, T., Marler, J. R., Olinger, C. P., Adams, H. P., Jr, Tomsick, T., Barsan, W. G., Biller, J., Eberle, R., Hertzberg, V., & Walker, M. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: lesion size by computed tomography. *Stroke*, 20(7), 871–875. <https://doi.org/10.1161/01.str.20.7.871>
- Bull, M. J., Bowers, J. E., Kirschling, J. M., & Neufeld, A. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758–776.
- Carod-Artal, F. J., Ferreira Coral, L., Trizotto, D. S., & Menezes Moreira, C. (2009). Burden and Perceived Health Status Among Caregivers of Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases*, 28(5), 472–480. doi:10.1159/000236525
- Chen, M.-C., Chen, K.-M., & Chu, T.-P. (2015). Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 37(6), 767–780.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.09.013>
- Chou, K.-R. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398–407. doi:10.1053/jpnd.2000.16709
- Chumbler, N. R., Rittman, M., Van Puymbroeck, M., Vogel, W. B., & Qin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(10), 944–953. doi:10.1002/gps.1187
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314
- Coupland, A. P., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H., & Davies, A. H. (2017). The definition of stroke. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(1), 9–12. doi:10.1177/0141076816680121
- Demir Barutcu, C. (2019). Relationship between Caregiver Health Literacy and Caregiver Burden. *P R Health Sci J*, 38(3), 163–169.

- Denno, M. S., Gillard, P. J., Graham, G. D., DiBonaventura, M. D., Goren, A., Varon, S. (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*(9), 1731-1736.
- Doyle, S., Bennett, S., Fasoli, S. E., & McKenna, K. T. (2010). Interventions for sensory impairment in the upper limb after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD006331.pub2
- Ebert J., Huibers L., Christensen B., Christensen M. (2018). *Paper- or Web-Based Questionnaire Invitations as a Method for Data Collection: Cross-Sectional Comparative Study of Differences in Response Rate, Completeness of Data, and Financial Cost* J Med Internet, *Journal of medical Internet research, 20*(1):e24. URL: <https://www.jmir.org/2018/1/e24> DOI: 10.2196/jmir.8353
- Elmståhl, S., Malmberg, B., & Annerstedt, L. (1996). Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 77*(2), 177-182.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(96\)90164-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(96)90164-1)
- Farpour, H., Mashhadiagha, A., Edrisi, F., & Farpour, S. (2022). Knowledge, attitude, and practice regarding stroke potential complications among stroke survivors' family members in Shiraz, Iran. *Turk J Phys Med Rehab, 69*(1), 69-88. DOI: 10.5606/tftrd.2022.9512
- Flaherty, M. L., Kissela, B., Khoury, J. C., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., . . . Broderick, J. P. (2013). Carotid artery stenosis as a cause of stroke. *Neuroepidemiology, 40*(1), 36-41. DOI: 10.1159/000341410
- Flowers, H. L., Skoretz, S. A., Silver, F. L., Rochon, E., Fang, J., Flamand-Roze, C., & Martino, R. (2016). Poststroke Aphasia Frequency, Recovery, and Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*(12), 2188-22018. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.006>
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of*

*Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98-103. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.09.017>

Goldstein, L. B., Bertels, C., & Davis, J. N. (1989). Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Arch Neurol*, 46(6), 660-662.

Goldstein, L. B., & Samsa, G. P. (1997). Reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: extension to non-neurologists in the context of a clinical trial. *American Heart Association:stroke*, 28(2), 307-310. <https://doi.org/10.1161/01.STR.28.2.307>

Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *World Stroke Organization*, 9(8), 1017-1025. DOI: 10.1111/ajs.12357

Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 14-25. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.046>

Hanh, P. T., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2016). Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 45-62

Hazelton C, Thomson K, Todhunter-Brown A, Campbell P, Chung CSY, Dorris L, Gillespie DC, Hunter SM, McGill K, Nicolson DJ, Williams LJ, Brady MC. (2022) Interventions for perceptual disorders following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD007039. DOI: 10.1002/14651858.CD007039.pub3.

Hekmatpou, D., Mohammad, E. B., & Mardanian, L.D. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2, 211-217.

Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International journal of social psychiatry*, 12(3), 165-176.

- Holste, K., Xia, F., Garton, H. J. L., Wan, S., Hua, Y., Keep, R. F., & Xi, G. (2021). The role of complement in brain injury following intracerebral hemorrhage: A review. *Exp Neurol*, *340*, 1-9. doi:10.1016/Experimental Neurology.2021.113654
- House, J. S. (1987). *Social support and social structure*. Paper presented at the Sociological forum. [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/45658/11206\\_2005\\_Article\\_BF01107897.pdf?sequence=1](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/45658/11206_2005_Article_BF01107897.pdf?sequence=1)
- Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*, *97*(40),1-5. doi:10.1097/md.00000000000012638
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., & Yano, E. J. H. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, *23*(3), 269-274. doi:10.1093/heapro/dan017
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Górna, K., Jaracz, J., Moczko, J., Kozubski, W. J. (2015). Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Patient Education and Counseling*, *98*(8), 1011-1016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.008>
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., & Kozubski, W. (2012). Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, *46*(3), 224-232. doi:10.5114/ninp.2012.29130
- Jeong, Y.-G., Jeong, Y.-J., Kim, W.-C., & Kim, J.-S. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *The Society of Physical Therapy Science*. *27*(5), 1543-1547.
- Jeong, Y.-G., Myong, J.-P., Koo, J.-W. (2015). The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disability and Health Journal*. *8*(4), 619-625. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.005>
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*. *23*(2), 97-101. <https://doi.org/10.1093/ageing/23.2.97>

- Kamel, H., Okin, P. M., Elkind, M. S., & Iadecola, C. (2016). Atrial Fibrillation and Mechanisms of Stroke: Time for a New Model. *Stroke*, 47(3), 895-900. doi:10.1161/strokeaha.115.012004
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global burden of stroke. Paper presented at the Seminars in neurology.
- Kim, I.-J. (2012). Sources of anxiety and burden of family caregivers of stroke patients: the role of self-efficacy and knowledge about care. *Disability and Rehabilitation*, 24(1), 1-10. DOI: 10.1080/09638280600731599
- Kim, Y. S., Park, S.-S., Bae, H.-J., Cho, A., Cho, Y.-J., Han, M.-K., . . . Kim, H. Y (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC Neurology*, 11(1), 1-8.
- King, R. B., Ainsworth, C. R., Ronen, M., & Hartke, R. J. (2010). Stroke caregivers: pressing problems reported during the first months of caregiving. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(6), 302-311. DOI: 10.1097/JNN.0b013e3181f8a575
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., . . . Leira, E. C. (2021). 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHAjournals/stroke*, 52(7), 364-467. DOI: 10.1161/STR.0000000000000375
- Li, X. Y., Cai, X. L., Bian, P. D., Hu, L. R. (2012). High salt intake and stroke: Meta-analysis of the epidemiologic evidence. *CNS Neurosciences & Therapeutics*, 18(8), 691-701. doi: 10.1111/j.1755-5949.2012.00355.x
- Lin, H.-J., Chang, W.-L., & Tseng, M.-C. J. N. (2011). Readmission after stroke in a hospital-based registry: risk, etiologies, and risk factors. *Neurology*, 76(5), 438-443. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31820a0cd8
- Limpawattana, P., Theeranut, A., Chindaprasirt, J., Sawanyawisuth, K., & Pimporm, J. (2013). Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *Journal of community health*, 38(1), 40-45. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9576-6>

- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.jinss.2020.07.012>
- Lobo, E. H., Frølich, A., Kensing, F., Rasmussen, L. J., Livingston, P. M., Grundy, J. (2021). mHealth applications to support caregiver needs and engagement during stroke recovery: A content review. *Research in Nursing Health*, 44(1), 213-225. DOI: 10.1002/nur.22096
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 18(2), 111-116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Loupis, Y. M., Faux, S. G. (2013). Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(6), 883-893. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.12.003>
- Mahoney, F. I., Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
- Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). Listening to caregivers' voices: the informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 567. doi: 10.3390/ijerph19010567
- Marko, M., Posekany, A., Szabo, S., Scharer, S., Kiechl, S., Knoflach, M., . . . Sommer, P. J. S. (2020). Trends of r-tPA (recombinant tissue-type plasminogen activator) treatment and treatment-influencing factors in acute ischemic stroke. *AHAjournals/stroke*, 51(4), 1240-1247. DOI: 10.1161/STROKEAHA.119.027921
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L., & Leclerc, C. (2010). The balance of give and take in caregiver-partner relationships: An examination of self-perceived burden, relationship equity, and quality of life from the perspective of care recipients following stroke. *American Psychological Association*, 55(2), 194. DOI: 10.1037/a0019359

- Menon, B., Salini, P., Habeeba, K., Conjeevaram, J., & Munisusmitha, K. (2017). Female Caregivers and Stroke Severity Determines Caregiver Stress in Stroke Patients. *Ann Indian Acad Neurol*, 20(4), 418-424. doi:10.4103/aian.AIAN\_203\_17
- Miller, C. A. (2021). *Nursing for wellness in older adults*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moattari, M., Shirazi, F. A., Sharifi, N., & Zareh, N. (2016). Effects of a sensory stimulation by nurses and families on level of cognitive function, and basic cognitive sensory recovery of comatose patients with severe traumatic brain injury: a randomized control trial. *Trauma Monthly*, 21(4). doi: 10.5812/traumamon.23531
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Research on aging*, 7(1), 19-26.
- Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Epidemiology and the Global Burden of Stroke. *World Neurosurgery*, 76(6, Supplement), S85-S90. doi:https://doi.org/10.1016/j.wneu.2011.07.023
- Murphy, S. J. X., & Werring, D. J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 48(9), 561-566. doi:https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002
- Nirattharadorn M. (2005). *Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mothers*. Mahidol University, Bangkok.
- Nolan, M., Grant, G., & Ellis, N. C. (1990). Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing* 15(5), 544-555.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical internet research*, 8(4), e507. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory1. *The Gerontologist*, 29(6), 798-803. doi:10.1093/geront/29.6.798
- Nuntharuksa, C., Kittipanya-ngam, P., & Wattanapan, P. (2021). Dysphagia Knowledge of Stroke Patients with Dysphagia. *Srinagarind Med*, 36(3), 328-332.
- Opara, J. A., Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of Medicine and Lif*, 3(3), 216.

- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The Burden on the Family of a Psychiatric Patient: Development of an Interview Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138(4), 332-335. doi:10.1192/bjp.138.4.332
- Pandian, J. D., Jaison, A., Deepak, S. S., Kalra, G., Shamsher, S., Lincoln, D. J., & Abraham, G. (2005). Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. *AHA Journals/stroke*, 36(3), 644-648. DOI: 10.1161/01.STR.0000154876.08468.a0
- Perrin, P. B., Heesacker, M., Hinojosa, M. S., Uthe, C. E., & Rittman, M. R. (2009). Identifying at-risk, ethnically diverse stroke caregivers for counseling: a longitudinal study of mental health. *American Psychological Association*, 54(2), 138. DOI: 10.1037/a0015964
- Pierce, L. L., Thompson, T. L., Govoni, A. L., & Steiner, V. (2012). Caregivers' incongruence: emotional strain in caring for persons with stroke. *Rehabilitation Nursing*, 37(5), 258-266.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research\_ Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 9 Edition*: Wolters Kluwer Health.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing research*, 39(6), 365-369.
- Pont, W., Groeneveld, I., Arwert, H., Meesters, J., Mishre, R. R., Vliet Vlieland, T. et al. (2020). Caregiver burden after stroke: changes over time? *Disabil Rehabil*, 42(3), 360-367. doi:10.1080/09638288.2018.1499047
- Rigby, H., Gubitz, G., Eskes, G., Reidy, Y., Christian, C., Grover, V., & Phillips, S. (2009). Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *World Stroke Organization International Journal of Stroke* 4(3), 152-158.
- Rigby, H., Gubitz, G., & Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *World Stroke Organization International Journal of Stroke* 4(4), 285-292.
- Rowe, F. J., Wright, D., Brand, D., Jackson, C., Harrison, S., Maan, T., Scott, C., Vogwell, L., Peel, S., Akerman, N., Dodridge, C., Howard, C., Shipman, T., Sperring, U., Macdiarmid, S., & Freeman, C. (2013). A prospective profile of visual field loss

- following stroke: prevalence, type, rehabilitation, and outcome. *BioMed Research International*, 2013,12. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/719096>
- Rozenberg, S., Vandromme, J., & Antoine, C. (2013). Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. *Nature Reviews Endocrinology*, 9(4), 216-227. doi:10.1038/nrendo.2013.17
- Ruangchaithaweek, K., Wongpiriyayothar, A., & Wongpanarak, N. (2021). Factors Predicting Stroke Prevention Behaviors in Patients at Risk of Stroke. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 213-225.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J., Culebras, A., . . . Higashida, R. T. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA Journals/stroke*, 44(7), 2064-2089.
- Salvadori, E., Papi, G., Insalata, G., Rinnoci, V., Donnini, I., Martini, M. et al. (2020). Comparison between Ischemic and Hemorrhagic Strokes in Functional Outcome at Discharge from an Intensive Rehabilitation Hospital. *Diagnostics (Basel)*, 11(1). doi:10.3390/diagnostics11010038
- Sandercock, P. A., Counsell, C., Tseng, M. C., & Cecconi, E. J. C. (2014). Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *The Cochrane Library*, (3).
- Sautter, J. M., Tulskey, J. A., Johnson, K. S., Olsen, M. K., Burton-Chase, A. M., Hoff Lindquist, J., . . . Steinhauser, K. E. (2014). Caregiver experience during advanced chronic illness and last year of life. *The American Geriatrics Society*, 62(6), 1082-1090. DOI: 10.1111/jgs.12841
- Savundranayagam, M. Y., & Montgomery, R. J. V. (2010). Impact of role discrepancies on caregiver burden among spouses. *Research on Aging*, 32(2), 175-199. DOI: 10.1177/0164027509351473
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Sexton, E., McLoughlin, A., Williams, D. J., Merriman, N. A., Donnelly, N., Rohde, D., . . . Bennett, K. (2019). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. *European Stroke Journal*, 4(2), 160-171. doi:10.1177/2396987318825484

- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of Epidemiology*, *26*(12), 622-628. doi:10.2188/jea.JE20150263
- Sierra, C., Coca, A., & Schiffrin, E. L. (2011). Vascular Mechanisms in the Pathogenesis of Stroke. *Current Hypertension Reports*, *13*(3), 200-207. doi:10.1007/s11906-011-0195-x
- Silva, G. S., & Nogueira, R. G. (2020). Endovascular treatment of acute ischemic stroke. *American Academy of Neurology*, *26*(2), 310-331.
- Singh, P., Kaur, R., & Kaur, A. (2013). Endovascular treatment of acute ischemic stroke. *J Neurosci Rural Pract*, *4*(3), 298-303. doi:10.4103/0976-3147.118787
- Soleimaninejad, A., Valizadeh-Haghi, S., & Rahmatizadeh, S. (2019). Assessing the eHealth literacy skills of family caregivers of medically ill elderly. *Online J Public Health Inform*, *11*(2), e12. doi:10.5210/ojphi.v11i2.10149
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, J. D., & Tennant, B. (2012). Analysis of ehealth search perspectives among female college students in the health professions using Q methodology. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(2), e1969. doi:10.2196/jmir.1969
- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., . . . Sugimori, H. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, *18*(5), 407-415. DOI 10.1007/s12199-013-0340-z
- Suri, M. F., & Qureshi, A. I. (2013). Readmission within 1 month of discharge among patients with acute ischemic stroke: results of the University HealthSystem Consortium Stroke Benchmarking study. *J Vasc Interv Neurol*, *6*(2), 47-51.
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Parkinson's Disease Alzheimer's Disease Head Injury and Pneumonia. *Dysphagia*, *31*(3), 434-441. doi:10.1007/s00455-016-9695-9
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, *15*(5), 594-600. doi:10.1111/ggi.12318

- Tsai, Y.-H., Lou, M.-F., Feng, T.-H., Chu, T.-L., Chen, Y.-J., & Liu, H.-E. (2018). Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology*, *18*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1057-9>
- Turan, T. N., Nizam, A., Lynn, M. J., Egan, B. M., Le, N., Lopes-Virella, M. F., . . . Fiorella, D. (2017). Relationship between risk factor control and vascular events in the SAMMPRIS trial. *Neurology*, *88*(4), 379-385.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, *102*(13), 1009-1016. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
- Van Swieten, J., Koudstaal, P., Visser, M., Schouten, H., & Van Gijn, J. (1988). Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *AHAjournals/stroke*, *19*(5), 604-607.
- Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G., & Lindeman, E. J. S. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies. *AHAjournals/stroke*, *40*(4), 1399-1404. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.516682
- Wang, K., Gao, X., Sun, F., & Bishop, N. J. (2021). eHealth Literacy and Caregiver Burden Among Chinese Caregivers of Older Adults With Cognitive Impairment: Does Education Matter?. *Journal of Applied Gerontology*, *40*(12), 1837-1845. doi:10.1177/0733464820957151
- Wang, Y., Tyagi, S., Hoenig, H., Lee, K. E., Venketasubramanian, N., Menon, E., . . . Young, S. H. (2021). Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: a prospective observational study in an Asian setting. *BMC Neurology*, *21*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11991-3>
- Weiss, R. (1974) The Provisions of Social Relationships. In: Rubin, Z., Ed., *Doing unto Others*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 17-26.

- Williams, L. S., Yilmaz, E. Y., & Lopez-Yunez, A. M. (2000). Retrospective assessment of initial stroke severity with the NIH Stroke Scale. *AHA journals/stroke*, 31(4), 858-862.
- World Health Organization. (1973). *WHO meeting on community control of stroke and hypertension: Geneva, 6-13 December 1973: control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO stroke register*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330781/CVD-S-73.6-eng.pdf>
- WSO. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022. from World Stroke Organization [https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO\\_Global\\_Stroke\\_Fact\\_Sheet.pdf](https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf)
- Zhao, J., Zeng, Z., Yu, J., Xu, J., Chen, P., Chen, Y., Li, J., & Ma, Y. (2021). Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Scientific reports*, 11(1), 2747. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81596-8>
- Zarit, S. H. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Gerontology Center, Pennsylvania State University.
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 89 (3rd series), 101-106
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden<sup>1</sup>. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontological Society of America*, 26

## ภาคผนวก ก

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม/คะแนน	คะแนน
1. การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	
2. ลุกนั่งจากที่นอนหรือลงจากเตียง 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง	
3. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน 0= ต้องการความช่วยเหลือ 1= ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
4. การใช้ห้องน้ำ 0= ช่วยตัวเองไม่ได้ 1= ทำเองได้บ้าง 2 = ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 3 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	

กิจกรรม/คะแนน	คะแนน
5. การอาบน้ำ 0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง	
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 0 = นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ 1 = นั่งบนรถเข็น และไปไหนเองได้ไกล 5 เมตร 2 = เดินไปได้ไกล 5 เมตร มีคนช่วย 3 = เดินได้เองใช้ไม้เท้า	
7. การขึ้นบันได 0 = ขึ้นบันไดเองไม่ได้ 1 = ขึ้นบันไดเองได้ ต้องมีคนช่วยเล็กน้อย 2 = ขึ้นบันไดได้เอง หรือ เกาะราวช่วย	
8. การแต่งตัว 0 = ต้องมีคนช่วย 1 = มีคนช่วยบางส่วน 2 = ทำเองได้ ติดกระดุม รูดซิป	
9. การถ่ายอุจจาระ 0 = ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย 1 = ถ่ายอุจจาระได้บ้างต้องช่วยสวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2 = ถ่ายอุจจาระเองได้ สวน เหน็บยาเอง	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (mini-cog)

ข้อคำถาม	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
1. ให้ผู้ป่วยตั้งใจฟัง จากนั้นพูดว่า “ฉันจะพูดคำ 3 คำให้จำตอนนี้และภายหลังคำ เหล่านั้นได้แก่ บ้าน แมว สีเขียว บอกฉันตอนนี้ว่ามีคำอะไรบ้าง” (ให้ผู้ป่วยตอบได้ 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ หลังจาก 3 ครั้งไปแล้ว ให้ไปที่หัวข้อถัดไป)		
2) พูดประโยคต่อไปนี้เป็นลำดับ: “วาดรูปนาฬิกาในพื้นที่ว่างข้างล่างนี้ เริ่มวาดวงกลมใหญ่ก่อน” (หลังจากผู้ป่วยวาดวงกลมเสร็จ พูดว่า) “ใส่เลขทั้งหมดในวงกลม” (เมื่อผู้ป่วยวาดเสร็จ พูดว่า) “เอาละ ใส่เข็มนาฬิกาบอกเวลา 11:10 (สิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาทีก่อน)” ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถวาดนาฬิกาเสร็จใน 3 นาที ให้หยุดทำและถามหัวข้อความจำ (วาดนาฬิกาถูกต้อง 2 คะแนน คะแนนวาดรูปนาฬิกาผิดนาฬิกาไม่ถูกต้อง 0 คะแนน)		
3) พูดว่า: “คำ 3 คำ ที่ให้จำมีอะไรบ้าง?”  _____		
(ให้ 1 คะแนนต่อ 1 คำ) คะแนนการระลึกคำ 3 คำ		

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 87 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

### คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบประเมิน.....

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงตามข้อมูลที่เป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

- ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

1. โสด  2. สมรส  
 3. หย่า  4. หม้าย  
 5. แยกกันอยู่

4. นับถือศาสนา

1. พุทธ  2. คริสต์  
 3. อิสลาม  4. อื่น ๆ โปรดระบุ .....

5. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  4. อนุปริญญา/ ปวส.  
 5. ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ  2. รับจ้าง  
 3. เกษตรกรรม  4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
6. อื่น ๆ โปรดระบุ .....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน
1. ต่ำกว่า 5,000 บาท
2. 5,001-10,000 บาท
3. 10,001-15,000 บาท
4. 15,001-20,000 บาท
5. 20,001-25,000 บาท
6. มากกว่า 25,000 บาท
8. ความเพียงพอของรายได้
1. รายได้เพียงพอเหลือเก็บ
2. รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ
3. รายได้ไม่เพียงพอ
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1. ภรรยา
- 2.สามี
3. บุตรสาว
4. บุตรชาย
5. บุตรสะใภ้
6. พี่น้อง
7. บิดา/มารดา
8. อื่นๆ
10. ค่าใช้จ่ายที่ให้กับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง
- .....
11. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้ป่วย.....
12. ประวัติโรคประจำตัวของผู้ดูแล
1. ไม่มีโรคประจำตัว
2. มีโรคประจำตัวระบุ
- .....
13. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย .....ปี เดือน .....
14. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันคิดเป็น ..... ชั่วโมง
- .....นาที่
15. กิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย
1. อาบน้ำ
2. ป้อนอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง
3. พลิกตะแคงตัว
4. ดูดเสมหะ
5. ทำแผล
6. ถ่ายภาพบำบัด
7. อื่นๆ .....
16. การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน.....ครั้ง

17. ปัญหาอื่นๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือ

.....

## ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงตามข้อมูลที่เป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

1. โสด  2. สมรส  
 3. หย่า  4. หม้าย  
 5. แยกกันอยู่

4. นับถือศาสนา

1. พุทธ  2. คริสต์  
 3. อิสลาม  4. อื่น ๆ โปรดระบุ .....

5. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษาตอนต้น

4.

3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  4.อนุปริญญา/ ปวส.  
 5. ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพก่อนการเจ็บป่วย

1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ  2. รับจ้าง  
 3. เกษตรกรรม  4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  6. อื่น ๆ โปรดระบุ .....

7. ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย

1. ไม่มีโรคประจำตัว  2. มีโรคประจำตัวระ.....

8. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชนิดตีบ  2. ชนิดแตก

3. ทั้งชนิดตีบและแตก

9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง .....ปี เดือน .....

10. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....คะแนน

### ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่	น้อย	เป็น	บ่อย	เป็น
	เลย	มาก	บาง	ครั้ง	ประจำ
	0	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ เลย	น้อย มาก	เป็น บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ
	0	1	2	3	4
11. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมากเสมือนมีท่าน คนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่า ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีก ไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเอง ได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและ ให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำ ให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ สำหรับท่าน					

#### ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

(ก) จากสมาชิกในครอบครัว

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบถึง ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ในการให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าท่านได้รับความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลยตั้งแต่ถึงได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากน้อยเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข					
3. ช่วยให้คุณมีขวัญกำลังใจ เมื่อ ท้อแท้					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีรีบด่วน					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

### แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

#### (ข) จากบุคคลใกล้ชิด

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลใกล้ชิดได้แก่  
เครือญาติเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ในการให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าท่านได้รับความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด  
โปรดทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยให้ตอบเพียงข้อ  
ละ 1 คำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดถึงไม่ได้รับความ  
ช่วยเหลือเลย

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับ คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์ มากน้อย เพียงใด					
2. ท่านได้รับความ สนใจเอาใจใส่ในทุกข์ สุข					
3. ช่วยให้คุณมีขวัญ กำลังใจ เมื่อ ท้อแท้					
4. ท่านได้รับความ ช่วยเหลือด้าน การเงินและความ ช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีรีบด่วน					
5. ท่านได้รับความ ช่วยเหลือในกิจวัตร ประจำวัน					

## แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

### (ค) จากบุคลากรทางการแพทย์

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบถึง ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าท่านได้รับความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใดโปรดกาเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดถึงไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากน้อยเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข					
3. ช่วยให้ท่านมีขวัญ กำลังใจ เมื่อท้อแท้					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆในกรณีรีบด่วน					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

### ส่วนที่ 5. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบทดสอบนี้เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาททุกส่วน		
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการลำบากในการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้		
3. คนที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่สูบบุหรี่ความดันโลหิตสูง		
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้		
5. โรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้		
6. ไม่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขยับทุกวัน		
7. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความอยากอาหารด้วยการแปรงฟัน		
8. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง		
9. การรักษาความสะอาดหลังการขยับสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้		
10. ควรให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง		
11. ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป		
12. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย		
13. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอยควรใส่สายสวนปัสสาวะ		
14. ควรให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดื่มน้ำวันละ 2- 3 ลิตร		
15. ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอนทับข้างปกติมากกว่าข้างที่อ่อนแรง		

#### 4. แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันรู้วิธีการค้นหาทรัพยากรข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต					
2. ฉันรู้วิธีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
3. ฉันรู้ว่าข้อมูลเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรักษา การดูแลผู้ป่วย บนอินเทอร์เน็ต					
4. ฉันรู้ว่าจะค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นประโยชน์จากแหล่งใดบ้างบนอินเทอร์เน็ต					
5. ฉันรู้วิธีที่จะใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ค้นพบจากอินเทอร์เน็ตให้เป็นประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้					
6.ฉันสามารถประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองบนอินเทอร์เน็ต					
7. ฉันสามารถทราบได้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ค้นได้จากอินเทอร์เน็ตแหล่งใดมีคุณภาพสูงหรือ แหล่งใดมีคุณภาพต่ำ					
8. ฉันรู้สึกมั่นใจที่จะนำข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ค้นได้จากอินเทอร์เน็ตมาใช้ ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					

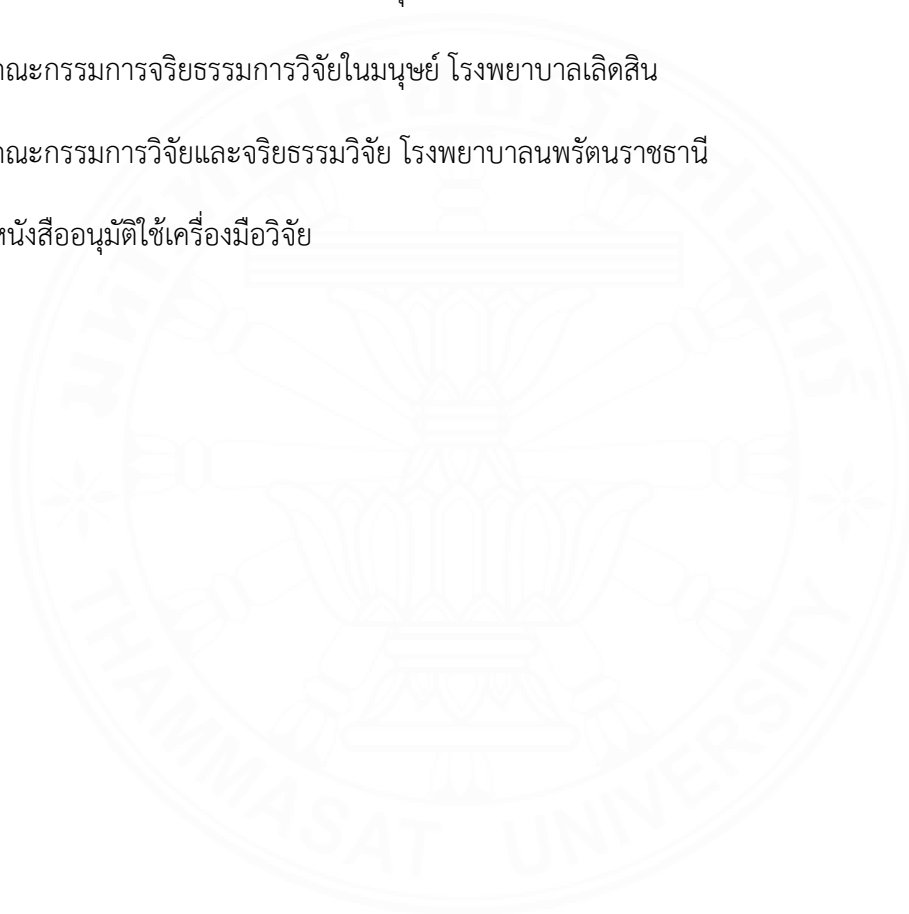
## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1.อาจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรี วงศ์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ระบบประสาทและสมอง
2. อาจารย์ สุกัญญา ทองบุผา	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง
3. อาจารย์ พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ	สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ความเชี่ยวชาญTechnology and psychiatry
4. ดร.วิธิรงค์ สุทธิกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. แพทย์หญิง มินตรา ตั้งรุ่งเรืองกิจ	นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ความเชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ประสาทวิทยา

**ภาคผนวก ค****เอกสารรับการวิจัย**

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3
2. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
3. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
4. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
5. คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
6. หนังสืออนุมัติใช้เครื่องมือวิจัย







## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. สาขาวิทยาศาสตร์ โทร. 02-564-4440 ต่อ 7358

ที่ อว 67.04.2/(ECSc)1177

วันที่ 12 ธันวาคม 2566

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (แก้ไขตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการฯ)

เรียน นางประภาพร คำมุงคุณ

ตามที่ ท่านได้ส่งเอกสารขอแก้ไขส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย(Amendment) ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” รหัสโครงการวิจัยที่ 66NU049 นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยของท่าน ส่วนที่ขอแก้ไขเพิ่มเติม และมีมติอนุมัติโครงการวิจัยที่ขอแก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าว เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. สาขาวิทยาศาสตร์

## 2. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา



ที่ สช ๐๓๓๓ (๑๓๗๐๐)/๒๕๖๔

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชมังคลาภิเษก  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางประภาพร คำมุงคน

ตามที่ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ที่ได้รับการรับรองให้ดำเนินการ  
ในสถาบันประสาทวิทยา ได้มีหนังสือ ที่ อว.๖๗.๓๔/ค.พิเศษ) ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖ เรื่อง ขอส่งแบบรายงาน  
การเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัยเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖ มาซึ่ง  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ตามเอกสารแนบท้าย

เลขที่โครงการ	66056
ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
รายการเอกสารที่พิจารณา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือ ที่ อว.67.34/ค.พิเศษ) 251 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566 เรื่อง ขอส่งแบบ รายงานการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัยเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ฉบับวันที่ 18 กันยายน 2566</li> <li>2. แบบเสนอขอรับการพิจารณาทบทวนโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองให้ดำเนินการแล้ว Version 2.0 Date 15.09.2566</li> <li>3. แบบเสนอขอปรับปรุงแก้ไข หรือเพิ่มเติม โครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว Version 2.0 Date: 15.09.2566</li> <li>4. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 3, Date: 15.09.23</li> <li>5. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 3.0, Date: 15/09/23</li> </ol>

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการประจำสถาบัน  
ซึ่งมีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ได้พิจารณาเรียบร้อยแล้ว ในวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ และมีมติ รับรอง  
ทั้งนี้ภายใต้ข้อกำหนดในเอกสารรับรองฉบับเดิม

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา  
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๔๘๔๙ ต่อ ๒๔๐๒ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

## 3. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

681 SAMSEN ROAD, DUSIT, BANGKOK 10300 Tel. 0-2244-3843		COA 163/256
<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL CERTIFICATE OF APPROVAL</b>		
<p>The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine Vajira Hospital, is in full compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>		
<b>PROTOCOL TITLE</b>	Factors Predicting the Burden of Caregivers Caring for Stroke Patients ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
<b>STUDY CODE</b>	137/66 E	
<b>PRINCIPAL INVESTIGATOR</b>	Praphapom Khammungkhun Asst. Prof. Benyapom Bannasan Assoc. Prof. Jinpitcha Sathiyamas	
<b>AFFILIATION</b>	Faculty of Nursing Thammasat University	
<b>APPROVAL DOCUMENTS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Research protocol version 2 date 15 September 2023</li> <li>2. Inform consent documents version 2 date 15 September 2023</li> <li>3. Questionnaires version 2 date 15 September 2023</li> <li>4. Investigator's CV and ICH-GCP training certificate and declaration of conflict of interest             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Investigator's                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Praphapom Khammungkhun</li> <li>2) Asst. Prof. Benyaporn Bannasan</li> <li>3) Assoc. Prof. Jinpitcha Sathiyamas</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	
	 Signature.....	
	(Professor Siriwan Tangjitgamol, MD) Chairman Vajira Institutional Review Board	
<b>Date of Approval</b>	19/09/2023	
<b>Approval Expire Date</b>	18/09/2024	
Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)		



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน...สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริพเวทว. โทร. ๐๒๒๕๔๔๘๘๘๘

ที่...สมท.ภคก.๘๘๘/๒๕๖๖ วันที่...๒๐ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง...ผลการพิจารณารับรองโครงการวิจัย (Expedited)

เรียน นางประภาพร คำมุงคุณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เบญญพร บรรณสาร  
รองศาสตราจารย์จิมพิชญา สathyamas

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัย  
ในคณะแพทยศาสตร์ศิริพเวทว. มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง ไม้จิ้มฟันหน่วยการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ไวยโรคหลอดเลือดสมอง เลขที่โครงการ ๘๘๘/๖๖.F

คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของ  
โครงการวิจัยทุก ๑๒ เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ  
๑ เดือน ภายในวันที่ ๑๘ สิงหาคม - ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรอง  
มาด้วย

1. Research protocol version 2 date 15 September 2023
2. Inform consent documents version 2 date 15 September 2023
3. Questionnaires version 2 date 15 September 2023
4. Investigator's CV and ICH-GCP training certificate and declaration of conflict of interest
  - 4.1 Investigator's
    - 1) Praphaporn Khammungskhun
    - 2) Asst. Prof. Benyaporn Bannasan
    - 3) Assoc. Prof. Jinpitcha Sathyamas


ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตังจิตกมล)

ประธาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริพเวทว. มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

## 4. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน



**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ...สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน โทร... ๙๗๓๓๓  
 ที่... คจม. ๑๕3 /๒๕๖๖ วันที่... ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

**เรื่อง** แจงผลการพิจารณาโครงการวิจัย  
 เวียน นางประภาพร คำมุงคุณ

ตามที่ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุมัติดำเนินการวิจัยใน  
 โรงพยาบาลเลิดสิน และเข้าขอรับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน

**รหัสโครงการวิจัย** LH๖๖๑๐๔๙


**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**หัวหน้าโครงการวิจัย** นางประภาพร คำมุงคุณ

**รายการเอกสารที่พิจารณา**

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๒.๐ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖
4. ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัยและคณะฯ ฉบับที่ ๑.๐ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖


ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ได้ดำเนินการทบทวน  
 พิจารณาโครงการตามหลักแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) ตามหลักมาตรฐานสากล และ  
 ความถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการพิจารณาในที่ประชุมฯ โดยมีมติให้รับรองโครงการวิจัย  
 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(นายอำนาจ กาศสกุล)  
 เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน



## 5. คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี.....โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.....โทร.๒๒๖๑.....


ที่ สธ.๐๓๐๖.๒๘/พิเศษ..... วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖.....

เรื่อง ขอส่งผลการพิจารณาโครงการวิจัยภายนอก : เปลี่ยนรายละเอียดโครงการ.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดย นางสาวประภาพร คำมุงคุณ (บุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี : ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งาน ICU NEURO) ได้จัดทำโครงการวิจัย/วิทยานิพนธ์ หัวข้อเรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” และโครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรม เลขที่ใบรับรอง ๑๖/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ แต่ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการ นั้น

บัดนี้ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ขอแจ้งสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย ดังเอกสารสรุปผลการประเมินโครงการวิจัยที่แนบมาพร้อมนี้




(นางสาวพิมพ์ผกา พระพรหม)  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เรียน ผู้วิจัย/ผู้ที่เกี่ยวข้อง โปรดดำเนินการดังนี้ :

ผู้วิจัย/ประสานโครงการวิจัย ดำเนินการแก้ไข หรือชี้แจงตามข้อพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย และส่งโครงการวิจัยฉบับแก้ไขมายังศูนย์วิจัยคลินิก จำนวน ๒ ฉบับ เพื่อแจ้งเวียนคณะกรรมการต่อไป

ออกใบรับรองโครงการวิจัยและจริยธรรมวิจัย และแจ้งผู้วิจัย/ผู้ประสานโครงการวิจัย เพื่อรับใบรับรองโครงการวิจัย และชำระเงินค่าธรรมเนียมโครงการวิจัย (หากมี)

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รับทราบการปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัย



(นายศุภวุฒิ พุฒิวรรณันท์)  
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ผลการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย  
โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

ประเภท : โครงการวิจัยนอก / ปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการ

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ	นางประภาพร คำมุงคุณ
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผลการพิจารณา	เห็นสมควรผ่านการรับรอง : คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย รับทราบการปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัย
สรุปผล	วันที่ 29 กันยายน 2566



(นายสุกฤณี พฤตวิรัตน์)  
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

## 6. หนังสืออนุมัติใช้เครื่องมือวิจัย

ตอบกลับ: หนังสือขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

จาก: Supaporn Trongsakul <strongsakul@gmail.com>

ส่ง: 10 ธันวาคม 2565 10:12

ถึง: praphaporn khammungskhun <praphaporn.kha@dome.tu.ac.th>

ชื่อเรื่อง: Re: หนังสือขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

เรียนคุณ ประภากร

ยินดีเป็นอย่างยิ่งและอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ฉบับภาษาไทยเพื่อการศึกษาและงานวิจัยที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ: <https://mini-cog.com/mini-cog-in-other-languages/>

สุภาพร ตรงสกุล





ที่ อว 8606/ 1703

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี คลองตัน  
กรุงเทพฯ 10170

๑ ธันวาคม 2565

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือที่ อว 67.34/ศ.1237 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2565

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ขอความอนุเคราะห์  
ให้ นางสาวประภาพร คำมุงคุณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งมีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์หัวข้อ "ปัจจัยทำนายการดูแลของครอบครัว  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" ใช้เครื่องมือวิจัย (แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)  
จากวิทยานิพนธ์เรื่อง การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ของนางสาวทศพร แสงศรีจันทร์ ซึ่งเป็นผู้สำเร็จ  
การศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2558 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและ  
การแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ขอเรียนให้ทราบว่า มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุญาตให้  
นางสาวประภาพร คำมุงคุณ ใช้เครื่องมือวิจัย (แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ของ  
นางสาวทศพร แสงศรีจันทร์ (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร) เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ในเรื่องดังกล่าว  
ข้างต้นได้ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงที่มาและระบุชื่อผู้สร้างเครื่องมือดังกล่าวอย่างชัดเจนในงานวิจัยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาธิต นิรัติตย์)

ผู้รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย คลองตัน

โทร. 0-2849-7502



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
งานบริการการศึกษา  
6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ อว 78.02 (ทพ) / 00149

เอกสารโดยสารกรม

วันที่ 4 มกราคม 2566

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ อว 78.06/15215 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565

ตามหนังสืออ้างถึง สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล แจ้งว่า

**ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย** : นางประภาพร คำมุงคุณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ** : "ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS PREDICTING THE BURDEN OF FAMILY CAREGIVERS CARING FOR STROKE PATIENTS) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวិทยานิพนธ์หลัก

**เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้** : แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

**เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดย** : นางสาวบุญมาศ จันทร์มงคล (2550) ในงานวิจัยเรื่อง "ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา" หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางประภาพร คำมุงคุณ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยยกเว้น ค่าใช้จ่าย และขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์แล้วดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม บพร.15-17 ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และชำระค่าดำเนินการจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเข้าบัญชี 026-4-588-34-5 ประเภทออมทรัพย์ ส่งกลับมายัง งานบัณฑิตศึกษาและวิจัย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์และโทรสาร 02-201-1611

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Digitally signed by  
chusak.oka  
Date: 2023.01.04  
13:43:34 +07'00'

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาแบบดิจิทัล  
ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Academic Service Section Line ID: @600qubzh (Link: <https://line.ee/BaYGMpb>)

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/๕๐



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
สถาบันพระบรมราชชนก  
อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๙๙๑ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ อว ๖๗.๓๓๘/ศ.๑๒๒๓๕ ลงวันที่  
๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ นางประภาพร คำรุ่งคุณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์ หัวข้อ ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS PREDICTING THE BURDEN OF FAMILY CAREGIVERS CARING FOR STROKE PATIENTS) และขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย ของ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ในวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ และขอให้กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางปานีสรา สวัสดิ์ณายุทธ)

รักษาการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ด้านวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๓๒๔๒ ๗๐๔๔ ต่อ ๑๒๓

โทรสาร ๐ ๓๒๔๐ ๐๕๗๓

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๑๐๐๘๔



คณะกรรมการศาสตร์ มธ  
รับที่ ๔๔๑๖ ๖๕  
วันที่ ๐๓/๐๑/๒๕๖๕  
เวลา ๑๖.๐๐ น

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือ ที่ อว ๖๗.๓๔/ศ.๑๒๓๔ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ได้ขออนุญาตให้นางประภาพร คำมุงคุณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลเรื้อรัง (๒๕๕๔) ของ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าวได้ โดยขอให้ส่งหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ตั้งเอกสารสิ่งส่งมาด้วย มาถึงงานสารบรรณคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ ๑๖๙ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักงานคณบดี

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕

โทรสาร ๐ ๓๘๓๔ ๓๔๗๖

## ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

## เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 049/2566

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชื่อโครงการวิจัย *Factors Predicting the Burden of Caregivers Caring for Stroke Patients*

ผู้วิจัย นางประภาพร คำมุงคุณ

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน  
พหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120  
เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0832422640 อีเมล : praphaporn.kha@dome.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18  
ถนน

พหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์ 0-2-564-4440 ต่อ 7381 โทรสาร (Fax) 02-516-5381

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-5576055 อีเมล : benyaporn@nurse.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 2.รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ชา สาธิยมาส

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน

พหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

โทรศัพท์ 02-564-4440 ต่อ 7381 โทรสาร (Fax) 02-516-5381

โทรศัพท์มือถือ 064-3541956 อีเมล : jinpitcha@nurse.tu.ac.th

แหล่งทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่าน เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การ  
คัดเลือกของอาสาสมัครวิจัย คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพาาระดับสูง และ  
ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เดือน มีสติสัมปชัญญะดีสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถอ่าน พุด ฟัง

และสื่อสารภาษาไทยได้ โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 129 ราย

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ วิจัยนี้ขึ้นอยู่กับ **ความสมัครใจ**ของท่าน (ดูกรอบที่ 1)

#### กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่าน สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้
- ท่าน สามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้  
ไม่เกี่ยวข้อง

#### ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวาง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง และส่งผลให้ร่างกายเป็นอัมพาต สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) และภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการอุดตันที่ผิดปกติของหลอดเลือดนำไปสู่การตีบ การอุดตันและแตกของหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการอย่างถาวรและเสียชีวิตได้ โดยพบความพิการอย่างถาวรกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในหลายมิติ จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมด้านต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา และอาจต้องมีผู้ดูแลไปตลอดชีวิต ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน เช่น จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดความอิสระ ขาดกิจกรรมทางสังคม และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล  
 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความยาวนานและความรุนแรงของโรค ซึ่งระดับความพิการขึ้นอยู่กับระดับ  
 ความรุนแรงของโรค ถ้ารุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาสูง ต้องได้รับการดูแลกิจวัตร  
 ประจำวันเกือบทั้งหมด ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น และเกิดความเหนื่อยล้า  
 ได้ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้และ  
 ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีก่อนกลับบ้านจะช่วยลดความวิตกกังวล  
 ในการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการได้รับการ  
 สนับสนุนทางสังคม ซึ่งการได้รับสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร  
 ช่วยให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง ปัจจัยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย  
 โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์จาก  
 อินเทอร์เน็ต เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค  
 หลอดสมอง ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ  
 การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรู้สารสนเทศ  
 อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว จำนวน 129 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม  
 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาตรวจนัด หลังจากนั้นจับ  
 สลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้มีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน โดยเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจโรคหลอดเลือดสมอง  
 และห้องตรวจโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียว

การศึกษานี้ใช้ ระยะเวลา ประมาณ 45 นาที ในการกรอกแบบสอบถาม หากท่านตัดสินใจเข้า  
 ร่วมโครงการนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดูกรอบที่ 4)

## กรอบที่ 4 ขั้นตอนการทำวิจัยในผู้เข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัย

สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดโดยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ห้องตรวจโรค

ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพาระดับสูง (คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่า 9 คะแนน)

ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1
2. สามารถอ่าน พูด ฟังและสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีสติสัมปชัญญะที่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. กรณีที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการประเมิน

### ขั้นตอนที่ 2 การขอความยินยอม

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มอาสาสมัครวิจัยแล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้พยานลงนาม

### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกรณีที่ผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินต้องประเมินสมรรถภาพการรู้คิดฉบับภาษาไทย

ผู้วิจัยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจอย่างละเอียด

อาสาสมัครวิจัย ทำการประเมินแบบประเมิน 6 ชุด จำนวน 87 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 17 ข้อ
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 ข้อ
3. แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อ
4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ
5. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ
6. แบบสอบถามการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการ  
เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 5

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกัน/รักษา	
ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
-การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีความเสี่ยงด้าน ร่างกาย คือ เสียเวลา อ่อนล้า	-หากท่านมีอาการอ่อนล้าระหว่างจากการตอบ แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดพักจนกว่า อาการอ่อนล้าจะดีขึ้นจึงทำแบบสอบถามต่อ
-ในกรณีที่ท่านมีโรคประจำตัวและเกิดอาการ กำเริบระหว่างทำวิจัย	-หากท่านมีโรคประจำตัวแล้วรู้สึกผิดปกติหรือ รู้สึกว่าอาการจะกำเริบระหว่างทำวิจัย ให้หยุด แบบสอบถามทันที ให้รีบแจ้งผู้วิจัยหรือผู้ประส วิจัยทันทีเพื่อให้การช่วยเหลือท่านได้อย่าง ทันท่วงที ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ ให้ก พยาบาลเบื้องต้นแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรค ตัวรักษาต่อตามระบบของโรงพยาบาล
-ความเสี่ยงที่ด้านจิตใจอาจพบได้ เช่น อาจ เกิดการกระตุ้นความรู้สึกภาระการดูแล เกิด ความเครียดระหว่างตอบแบบสอบถาม	-สังเกตอาการเครียดระหว่างดำเนินการวิจัย ถ้าสังเกตพบว่ามีอาการเครียดมาก ประเมินภาวะ เครียด ด้วยแบบประเมินความเครียดของกระษ สาธณสุข ถ้าพบว่าอาสาสมัครวิจัยมีความเค ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางให้การพยาบาลเบื้องต้น โดยแนะนำการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง เช่น ค้นหาปัญหาที่แท้จริง การเผชิญปัญหา ความเป็นจริง การยอมรับความช่วยเหลือจาก รอบข้างหรือการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นๆ ลดความเครียด การปรับอารมณ์ ความรู้สึก รักษาสมดุลของจิตใจ ถ้าพบว่าอาสาสมัครวิ ความเครียดในระดับสูงผู้วิจัยแจ้งเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานเพื่อให้การช่วยเหลืออาสาสมัครวิจัย

<p>- เกิดความรู้สึกกังวล ไม่สะดวกใจในการ แบบสอบถามในบางประเด็น</p>	<p>ลดภาวะเครียดและ ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญให้การ ช่วยเหลือให้ทันท่วงที</p> <p>-เมื่อท่านเกิดความรู้สึกกังวล ไม่สะดวกใจในการ แบบสอบถามในบางประเด็นอนุญาตให้ข้าม คำถามข้อนั้นหรือหยุดทำได้ทุกเมื่อ</p>
--	--

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 6

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
<p>ท่านจะไม่ได้ประโยชน์ทางตรงจากงานวิจัยนี้</p>	<p>-ด้านการพยาบาล ทำให้พยาบาลตระหนักถึง ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมความ พร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อ ลดภาระการดูแล</p> <p>- ทำให้ทราบระดับภาระการดูแลของผู้ดูแล และนำผลวิจัยเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาแนว ทางการดูแลหรือพัฒนานวัตกรรมภาระการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการ ศึกษาวิจัยเชิงทดลองในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดภาระการดูแล</p>

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการ  
วิจัยไว้ในกรอบที่ 7

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการวิจัย	-ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของท่านด้วยเครื่องทำลายเอกสารที่ส่วนข้อมูลจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะลบไฟล์จากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่สามารถกู้คืน -หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่อย่างใด
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว โดยท่านสามารถตัดสินใจ ท่านจะร่วมอยู่ในโครงการวิจัยนี้ต่อหรือไม่

หลังจากจบโครงการ ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลของการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม ในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะสามารถเข้าดูข้อมูลของท่านได้เพื่อ ตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บเอกสารแบบสอบถามของท่านในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อคเฉพาะของผู้วิจัย หลังจากสิ้นสุดโครงการ จะเก็บเอกสารไว้ 1 ปี เนื่องจากต้องเก็บไว้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเมื่อครบ 1 ปี ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย อาทิ เช่น แบบสอบถาม หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย ข้อมูลเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยข้อมูลที่เป็นเอกสารถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ส่วนข้อมูลจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะลบไฟล์ออกจากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่สามารถกู้คืนได้อีก

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยดัง

#### กรอบที่ 8

กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
2. การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าเดินทาง แต่ท่านจะได้รับค่าเสียเวลาตอบแทนแบบสอบถามรวมเป็นเงิน 100 บาท จากผู้วิจัยทันทีภายหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลใน **กรอบที่ 9**

**กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม**

**1. นางประภาพร คำมุงคุณ**

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0832422640 อีเมล : praphaporn.kha@dome.tu.ac.th

**2. นางสาว เบญญพร บรรณสาร**

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-5576055 อีเมล : benyaporn@nurse.tu.ac.th

**3. นาง จินพิชญ์ชา สาทิยามาส**

โทรศัพท์มือถือ 064-3541956 อีเมล: jinpitcha@nurse.tu.ac.th

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล [ecsctu3@tu.ac.th](mailto:ecsctu3@tu.ac.th)

ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

## Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Factors Predicting the Burden of Caregivers Caring for Stroke Patients)

ชื่อผู้วิจัย นางประภาพร คำมุงคุณ

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน  
พหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

โทรศัพท์มือถือ 0832422640 ติดต่อได้ในเวลาราชการทุกวัน

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน  
พหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-5576055 ติดต่อได้ในเวลาราชการทุกวัน

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ECScTU3@ tu.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ(หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....  
 (.....) (.....)

ผู้วิจัย

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 (.....) (.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

## ภาคผนวก จ

## ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

## 1. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ตารางที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓				✓				✓
2				✓				✓				✓				✓				✓
3			✓					✓				✓			✓					✓
4			✓				✓				✓					✓				✓
5				✓				✓				✓				✓				✓
6				✓				✓			✓					✓				✓
7				✓				✓			✓					✓				✓
8				✓				✓			✓					✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2552)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{8}{8}$$

$$CVI = 1$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้งหมด

มาทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ

1. การแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติหรือใกล้เคียงโดยพิจารณาจากค่า standardized kurtosis standardized skewness และ Box plot ซึ่งจากการทดสอบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่า outlier ลำดับที่ 93 และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีค่า outlier ลำดับที่ 121 ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลด้วยการแทนค่า หลังจากนั้นทดสอบการแจกแจงของข้อมูลมีลักษณะเป็นการแจกแจงแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่า ค่า Z-value ของ skewness และ kurtosis มีค่าอยู่ระหว่าง  $\pm 3.29$  จึงกล่าวสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ ดังตารางที่ 1

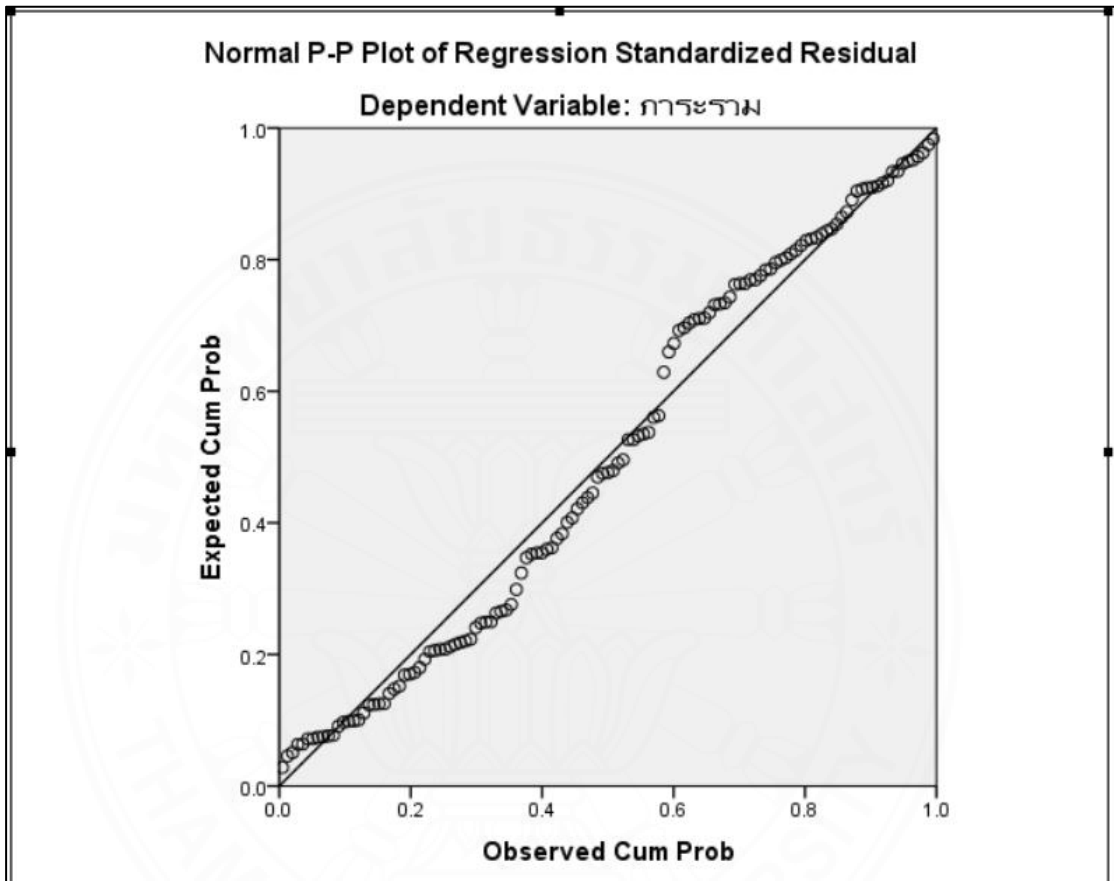
ตารางที่ 1 ค่า Z-value ของ skewness และ kurtosis

Tests of Normality						
ตัวแปร	skewness			kurtosis		
	skewness	Std. Error	Z-value (Skewness/Std. Error)	kurtosis	Std. Error	Z-value (kurtosis/Std. Error)
ภาระการดูแล	.099	.213	.460*	-.963	.423	-2.27*
ความรุนแรงของโรค	.261	.213	1.220*	-1.490	.423	-3.522
การสนับสนุนทางสังคม	.323	.213	1.510*	-.067	.423	.158*
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-.412	.213	-1.934*	-.854	.423	-2.018*
การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	-.257	.213	-1.206*	-.663	.423	-1.56*

(Z-value  $\pm 3.29$ ) normal distribution\*

2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยมีความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองมีลักษณะความสัมพันธ์แบบเส้นตรง

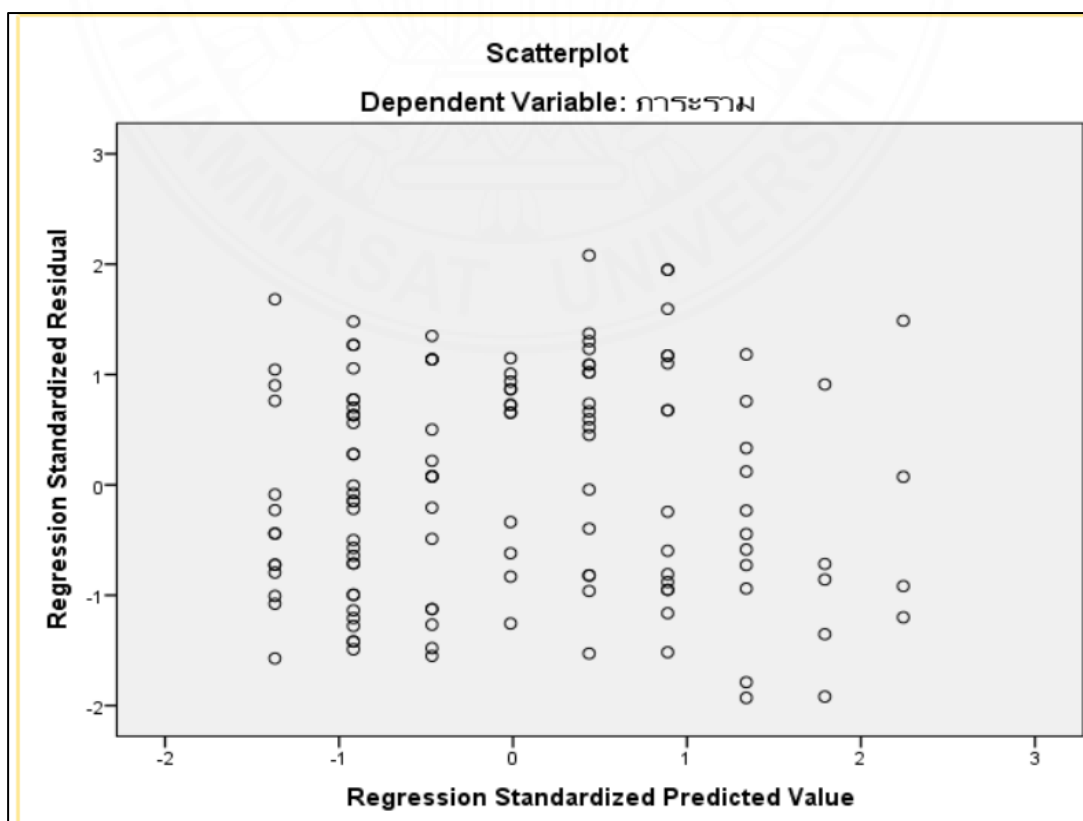
รูปที่ 1 การกระจายตัวของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น



3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรอิสระ (X) ต้องไม่เกิดภาวะตัวแปรอิสระซ้ำซ้อนกันหรือภาวะ Multicollinearity โดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า IVF  $\leq 10$  ทุกตัวแปร ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 Collinearity statistics

Collinearity statistics			
	Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
ระดับความรุนแรงของโรค	.993	1.007	.993
การสนับสนุนทางสังคม	.997	1.003	.997
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.	1.0	
การรู้สารสนเทศสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	.999	1.001	.999

4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาจาก Scatterplot ของ Regression Standardized Residual รูปที่ 2 Scatterplot ของ Regression Standardized Residual



**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางประภาพร คำมุงคุณ
วัน เดือน ปี เกิด	1 มกราคม 2522
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2546 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา พ.ศ. 2557
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 679 ถนนรามอินทรา กม.12 แขวงคีนนยาว เขตคีนนยาว กรุงเทพมหานคร 10320
ประสบการณ์การทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาล ด่านขุนทด (พ.ศ. 2546-2547) พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (พ.ศ. 2548-2559) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน)
E-mail	maimit2522@gmail.com