

สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาว วราภรณ์ จิธานนท์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1775-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MENTAL HEALTH AND ASSOCIATED FACTORS OF CAREGIVERS
IN STROKE PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Varaporn Jithanonda

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1775-6

วราภรณ์ จิธานนท์ : สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (MENTAL HEALTH AND ASSOCIATED FACTORS OF CAREGIVERS IN STROKE PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.พญ.รวิวรรณ นิเวตพันธุ์, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์; 146 หน้า. ISBN 974-53-1775-6

งานวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1. แบบสอบถามทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 3. แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 4. แบบประเมินสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory) สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, One-way ANOVA, LSD และ Multiple Linear Regression Analysis ด้วยเทคนิค Enter

ผลการวิเคราะห์พบว่า

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สุขภาพจิตดี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 คน และสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ได้แก่ ระดับการศึกษา, รายได้ก่อนและหลังการเจ็บป่วย, รายได้รวมของครอบครัว, จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน, การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, การได้รับคำแนะนำความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ อายุ, อาชีพ, ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ภาวะการดูแล และเมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต มี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 31.5

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิสิต..... น.ล. วราภรณ์ จิธานนท์
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4674780730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : MENTAL HEALTH / CAREGIVERS / STROKE PATIENTS

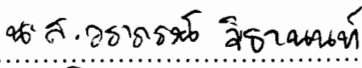
VARAPORN JITHANONDA .(MENTAL HEALTH AND ASSOCIATED
FACTORS OF CAREGIVERS IN STROKE PATIENTS AT KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR :
ASSIS. PROF. RAVIWAN NIVATAPHAN,M.D., THESIS CO-ADVISOR :
ASSOC. PROF. NIJASRI C.SUWANWELA, M.D. 146 pp. ISBN 974-53-1775-6

The purposes of this research were to examine mental health and associated factors in caregivers of stroke patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The study was cross-sectional and descriptive study. The sample was 110 caregivers of stroke patients at Neurology Clinic, Medical Outpatient Department of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The instruments were general demographic data of caregivers and stroke patients, Barthel ADL Index, Mental Health Inventory by Veit and Ware 1983 (MHI). All data were analyzed by SPSS for windows. Statistics utilized consists of mean, percentage, standard deviation, maximum, minimum, t-test ,One-way ANOVA, LSD method , Multiple Linear Regression Analysis.

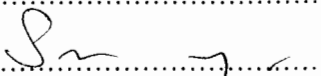
The major findings were as following :

Mental health in caregivers of stroke patients were psychological well being 50.9% and psychological distress 49.1% . T- test and One way ANOVA indicated that factors significantly associated with mental health were education, income before and after illness, total family income , hour of care , secondary caregivers, relationship, social support ($p < 0.01$)age , occupational , duration of illness , burden ($p < 0.05$) .From Multiple Linear Regression Analysis ,it was found that age, education , secondary caregivers , social support and duration of illness could explain the mental health of the subjects with a predictive value of 31.5 percent ($R^2 = 0.315$)

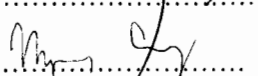
Department Psychiatry

Student's Signature 

Field of study Mental Health

Advisor's Signature 

Academic year 2004

Co-Advisor's Signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอด จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบอันประกอบด้วย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกรรม การสอบ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และการตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกตึกกปร. ชั้น 3 และหน่วยโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณพรพล คงอิม ที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณนภาพร แก่นสาร ที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการใช้คอมพิวเตอร์

ขอขอบคุณ คุณปวีณา จินต์สวัสดิ์ และคุณรณชัย ศิลากร ที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือในทุกๆด้าน ให้คำแนะนำรวมทั้งคอยให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในการเรียนมาโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ปริญญาโท สุขภาพจิต และเพื่อนๆ ที่ทำงานที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่	
1. บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	3
ค่านิยมศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	
ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง.....	5
แนวทางการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง.....	8
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	10
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	11
การประเมินความพอเพียงของการฟอกเลือด.....	13
การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....	15
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย CAPD.....	16
การประเมินความเพียงพอของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....	18

บทที่	หน้า
การปลูกถ่ายไต.....	20
ยากดภูมิคุ้มกัน.....	21
ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต.....	22
2.2 คุณภาพชีวิต	
โครงสร้างลักษณะพื้นฐานของคุณภาพชีวิต.....	23
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	24
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	24
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก.....	25
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตในประเทศ.....	26
งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายในต่างประเทศ.....	29
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4. ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	37
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย.....	42
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย.....	46
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	56
ส่วนที่ 5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	59

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและ รายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	62
ส่วนที่ 7 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับคุณภาพชีวิต รายด้านของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	68
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	69
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
ข้อเสนอแนะในการทำการการวิจัยครั้งต่อไป.....	78
รายการอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก.....	85
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	93

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแยกออกเป็นรายด้านต่างๆ.....	34
2. แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
3. แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง..	39
4. แสดงจำนวนและร้อยละของผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ.....	41
5. แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตด้านต่างๆจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	42
6. แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	43
7. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	46
8. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย.....	48
9. แสดง การวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....	50
10. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....	52
11. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม.....	54
12. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	56
13. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	56
14. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	57
15. แสดง การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	57

ตารางที่	หน้า
16. แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	58
17. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตโดยรวม.....	59
18. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย.....	59
19. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....	60
20. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....	60
21. แสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม.....	61
22. แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทำการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ ความถดถอยพหุคูณสำหรับทำนายคุณภาพชีวิต โดยรวม.....	63
23. แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้าน โดยรวม.....	63
24. แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทำการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ ความถดถอยพหุคูณสำหรับทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย.....	64
25. แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย.....	64
26. แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทำการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ ความถดถอยพหุคูณสำหรับทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....	65
27. แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....	65
28. แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทำการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ ความถดถอยพหุคูณสำหรับทำนายคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....	66
29. แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....	66

ตารางที่	หน้า
30. แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทำการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ ความถดถอยพหุคูณสำหรับทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม.....	67
31. แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม.....	67
32. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน	68



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2. แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	43
3. แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	44
4. แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	44
5. แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย.....	45
6. แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	45

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาของสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เพราะเป็นโรคที่เรื้อรังคุกคามต่อชีวิตของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ และเป็นโรคที่ติดลำดับ 1 ใน 5 ของโรคที่พบบ่อยในอเมริกา เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA) ประมาณว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณ 500,000-600,000 คน และพบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ถึง 3 ล้านคน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับการพยาบาล รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่อไป (1)

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจอัตราชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอัตราความชุกในประเทศไทยมีสูงถึง 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ในปัจจุบัน จำนวน 427,800 คน ต่อประชากร 62 ล้านคน (2) นับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงและคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นอีก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งประชากรสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ได้สูงสุด (3) จากสถิติจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 2547 มีจำนวนทั้งหมด 716 คน เป็นผู้ป่วย Ischemic Stroke 522 คน และมีอัตราตายทั้งหมด 28 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 และจากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนที่สูงขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาท ซึ่งสาเหตุเกิดจากการแตกตีบ อุดตัน ของเส้นเลือดภายในสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้น เกิดการตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง (4) ทำให้ปรากฏอาการที่บุคคลทั่วไป เรียกว่า “อัมพาต” จากการศึกษาของ Dowson (5) พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดจะเสียชีวิตภายใน 1 เดือนหลังป่วย สองในสามที่เหลือได้รับความทุกข์ทรมานจากความพิการถาวรและชั่วคราวมีการสำรวจในต่างประเทศ(6) ของ Schar fenberger พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 10 ไม่มีความพิการ ร้อยละ 40 มีความพิการเล็กน้อย ร้อยละ 40 มีความพิการ มากถึงปานกลาง ร้อยละ 10 ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นระยะเวลาานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียทางร่างกาย ทำให้มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางประสาทอย่างอื่นร่วม

ด้วย เช่นมีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส รวมทั้งความคิด ความจำ สติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรู้คิด รวมถึงการสูญเสียด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของหลอดเลือดสมอง(3)

นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการเคี้ยวและกลืนอาหารผิดปกติ การควบคุมการขับถ่ายและปัสสาวะ(7) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว จากการศึกษาของนูกูล ตะบูนพงศ์(8) ถึงปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและยังพบว่ามีความพอรณณ์และจิตใจไม่ปกติผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเมื่อกลับไปพักรักษาฟื้นฟูที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักจะอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลือ เช่น สภาพแขนและขาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ปกติ(9) ดังนั้นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลด้วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งของครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกผู้รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และจากสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้เมื่อไหร่ การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล จากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุนณะ(10) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะมีเวลาน้อยในแต่ละวันในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรงหงุดหงิด โกรธง่าย เครียด (11) และตั้งแต่วินาทีแรกที่ผู้ป่วยกลับมาถึงบ้านภายในครอบครัวเกือบทุกครอบครัวจะเกิดความวุ่นวาย สมาชิก ในครอบครัวบางรายจะมีความตื่นตระหนก ไม่รู้จะช่วยเหลือทำอะไรก่อนหลัง ยิ่งถ้าในผู้ป่วยที่มีอุปกรณทางการแพทย์ติดตัวมาด้วย ก็จะทำให้สมาชิกเกิดความกลัวไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าดูแล เพราะปฏิบัติไม่ถูก ซึ่งนับได้ว่าปัญหาดังกล่าวจะนำมาซึ่งภาวะวิกฤตของครอบครัว คุกคามต่อความผาสุกและการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (12)

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เมื่อใดที่ครอบครัวประเมินว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการคุกคาม หรือการสูญเสียที่

รุนแรง ครอบครัวก็จะเกิดความรู้สึกเครียดและซึมเศร้า(12) โดยเฉพาะการสูญเสียทางด้านระบบประสาท จะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของบุคคลในครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมาก เนื่องจากต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยก่อให้เกิดความขัดแย้ง ปัญหา สัมพันธภาพและความสุขในครอบครัวลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงและมากที่สุด ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ดูแลจะเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ และมีปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ อาการวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้า ไม่มีสังคม บางคนไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ในที่สุดเกิดปัญหาความบาดหมางในคู่สมรส เกิดการทอดทิ้ง การใช้ความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงความรุนแรงต่อผู้ป่วยด้วย ผลกระทบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลเป็นกลุ่มบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต(12)

ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับภาวะเครียดในบทบาทการเปลี่ยนแปลงในสภาพและหน้าที่เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ บางรายต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำงานให้มีประสิทธิภาพได้ บทบาทในการเข้าร่วมสังคมก็จะลดน้อยลง การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตดังกล่าว นับเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นบุคคลให้เกิดความเครียด(13) และจากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุนณะ(10) พบว่าในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปบ้าน ครอบครัวมักให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือ แต่เมื่อผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยผ่านไปได้สักระยะหนึ่ง ครอบครัวมักจะให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแล เพียงลำพัง ซึ่งก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย(14) การที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่มากและยาวนาน โดยไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ แปรเปลี่ยนไป โดยจากการศึกษา Ekberg(15) ถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คู่สมรส มีอาการบ่งบอกถึงภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หหมดกำลังใจได้แก่ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีคนเข้าใจ ความรู้สึกที่สำคัญและพบมากที่สุดคือ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สภาพจิตใจที่แยของผู้ดูแล ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีจำกัด ซึ่งจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดลง จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังคุกคามการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลด้วย(16)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและความยากลำบากต่างๆ มากมายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลถูกมอบหมายจากครอบครัวให้ได้รับภารกิจที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ดูแล ต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือ เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่บุคคลต้องมีการปรับตัว อาจส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ทั้งทางด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของ สมองร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด อีกทั้งเป็นโรคที่ ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานหรืออาจจะตลอดชีวิต การปรับตัวต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างมากทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยอยู่ภายใต้ความ รับผิดชอบ ถ้าหากผู้ดูแลปรับตัวไม่ได้ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่แสดงออกในรูปแบบ อาการต่าง ๆ เช่น แยกตัว วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เป็นต้น(17) การที่บุคคลมี ปัญหาสุขภาพจิตเพียงเล็กน้อย และไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นปัจจัยทางจิตใจที่สำคัญเพื่อที่บุคคลจะได้ สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจใน ระดับที่รุนแรง สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ตามบทบาทของตนโดยเฉพาะในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดหรือคุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่จากการศึกษา ของวิภาวรรณ ชุ่มม(18) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไปมีความ พยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดี มีความห่วงใย เนื่องจาก มีความรักใคร่ผูกพันกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีและมีความหวังในการดูแล ก่อให้เกิดกำลังใจ การเสียสละ เอาใจใส่และอดทน (10) ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ไปในทางที่ ดีว่าเป็นโอกาสในการทดแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลาย มีความสุขที่ได้ให้การดูแล รู้สึกตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของ Stroker(19) พบว่า การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นได้ว่าถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี ก็จะทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในขณะฟื้นฟูที่บ้านดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ยังไม่พบรายงานการศึกษา ซึ่งบางครั้งอาจถูกละเลยไม่ได้ให้ความสำคัญ เนื่องจาก การดูแลรักษาจะมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแล ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นอาจมี ผลกระทบต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน ส่งเสริม ป้องกันและแก้ไข ช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตอันจะเกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ และสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในอดีต

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การได้รับบริการดูแลต่อที่บ้าน (Home Health Care) การได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำจากครอบครัว ญาติ และเพื่อน

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) RANKIN SCALE ภาวะแทรกซ้อน ภาวะในการดูแล

2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาวะของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของบุคคลภายในครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะแสดงออกมาในรูปอาการวิตกกังวล (Anxiety) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ (Loss of behavior / emotional control) ความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป (General positive affect) ความผูกพันทางอารมณ์ (emotional ties) และความพึงพอใจ (life satisfaction) ประเมินโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory) ของเวทและแวร์ (Veit & Ware, 1983)(20)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีพยาธิสภาพทำให้มีการสูญเสียความสามารถควบคุมตนเอง โดยอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรืออัมพาตครึ่งซีก หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัสด้านความคิด ความจำ สติปัญญา รวมทั้งการสูญเสียด้านการติดต่อสื่อสารเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเหล่านี้จะต้องเป็นสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บิดา-มารดา บุตร และญาติ โดยการช่วยเหลือเหล่านี้จะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน การดูแลผู้ป่วยต้องดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือน และต้องดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

การได้รับการบริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพ ที่จัดให้แก่บุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักฟื้นที่บ้านและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองด้วยอิสระและดำรงชีวิตได้ตามปกติสุขให้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง คะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการปัสสาวะ คะแนนรวม มีตั้งแต่ 0-20 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงจะแสดงระดับการพึ่งพาผู้อื่น ในการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เนื่องจากผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจเรื่องดังกล่าวต่อไป

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

ในการเก็บข้อมูลอาจมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย ไม่ได้มาในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ แต่ผู้ดูแลมาพบแพทย์แทนผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการโดยขอความร่วมมือจากญาติในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป แนะนำให้พาผู้ป่วยและผู้ดูแลมาด้วย และผู้วิจัยดำเนินการตามเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

(Independent Variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

- โรคหลอดเลือดสมอง
- ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- สาเหตุ
- ปัจจัยเสี่ยง
- อาการ
- การรักษา
- ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
- ผลกระทบด้านจิตใจต่อญาติผู้ดูแล

2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

- ความหมาย
- ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

- ความหมายของสุขภาพจิต
- ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต
- การประเมินสุขภาพจิต

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke)

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD(21)

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามดังนี้ (21)

อัมพาตเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง หรือหลอดเลือดดำของสมองเอง หรือความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดสมองก็ได้ เช่น มีก้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดของสมองที่หลุดมาจากหัวใจ เป็นต้น

จากสาเหตุดังกล่าวมีผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนหรือทั้งหมดสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคได้มากมายหลายรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สับสน หมดสติ และอาจถึงแก่กรรมได้ในเวลารวดเร็ว และความผิดปกติดังกล่าวต้องนานเกิน 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยถึงแก่กรรมก่อนเวลาดังกล่าว

นิพนธ์ พวงวรินทร์(21) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า อัมพาตคือภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงัก มีผลตามมาคือทำให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแสดงอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก โดยที่บางรายอาจจะหมดสติ ตามองไม่เห็น เดินไม่ได้ พูดไม่ได้หรือบางรายอาจจะสับสน ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนจะมีอาการชนิดถาวรหรือเป็นเพียงชั่วคราวซึ่งชั่วคราวเรียกว่า อัมพฤกษ์

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันพบว่าโรคของหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุของการเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกมากที่สุด ซึ่งอาจเกิดจาก

1. ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 80-90

- หลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 40 ของกลุ่มสมองขาดเลือด อาการจะเกิดขึ้นช้า ๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขณะผู้ป่วยนอนหลับ เมื่อตื่นเช้าขึ้นมาพบว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยเหล่านี้บางรายมีอาการของ Transient Ischemic Attack นำมาก่อน บริเวณเนื้อสมองที่ตายจากหลอดเลือดสมองตีบค่อนข้างกว้าง เพราะมักเกิด

จากการตีบแคบของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ๆ เช่น หลอดเลือดแดง Internal carotid artery หรือ Middle cerebral artery จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันค่อนข้างมาก เนื่องจากเนื้อสมองที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดเส้นนั้น ๆ ขาดออกซิเจน เกิดการตายและทำให้หน้าที่การควบคุมของสมองส่วนนั้น ๆ สูญเสียไป

- หลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) อาการเกิดขึ้นค่อนข้างจะรวดเร็วทันที (Sudden onset) เช่น ขณะผู้ป่วยทำงาน เกิดจากการที่มี emboli ลอยเข้าไปอุดตันเส้นเลือดในสมอง (cerebral embolism) อาการมักจะดีขึ้นเร็ว ความพิการหลงเหลืออยู่น้อย และพบในผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีอาการของโรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจรูมาติก โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดที่มีอาการรุนแรงมากที่สุด อัตราตายในระยะแรกสูงถึงร้อยละ 50-90 อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะแรกและรอดชีวิตมาได้เลือดที่ออกมาถูกดูดซึมไป การฟื้นฟูสภาพจะดีกว่ากลุ่มสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองแตกแยกออกเป็น 2 ชนิด คือ

- Intracerebral Hemorrhage เป็นการแตกเลือดในสมองซึ่งมักเกิดจากความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุสมองถูกกระทบกระเทือน
- Primary Subarachnoid Hemorrhage เป็นการแตกเลือดในชั้น Subarchnoid โดยตรง มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่ง (Aneurysm)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. **ความดันโลหิตสูง** เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-17 เท่า ของคนที่มีความดันโลหิตปกติ และร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตในแต่ละราย

2. **โรคเบาหวาน** ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ๆ โดยมิได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดของสมองจะเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีโอกาสเป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น

3. **โรคหัวใจและภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ** ผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular heart disease) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเนื้องอกตายจากการมีเส้นเลือดอุดตันในสมอง (cerebral embolism) นอกจากนี้ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ โดยเฉพาะ atrial fibrillation ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจตัวเอง โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์ หรือเกิดขึ้นเองก็ตามล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ทั้งสิ้น

4. **ภาวะที่มีไขมันสูงในหลอดเลือด** ทั้งชนิด cholesterol และ triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) และหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) อันจะมีผลตามมาทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย

5. **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่นั้นจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ Cholesterol ลดระดับของ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine ยิ่งกว่านั้นปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น

6. **อายุ** จากสถิติอุบัติการณ์การตายของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะพบว่าเมื่ออัตราเพิ่มขึ้น ตามอายุของผู้ป่วย เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นอายุที่มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญพบว่าอัตราความชุกของโรคนี้เพิ่มตามอายุ

อายุต่ำกว่า 45 ปี	ความชุกของโรค 66/100,000
อายุ 45-65 ปี	ความชุกของโรค 998/100,000
อายุมากกว่า 65 ปี	ความชุกของโรค 5,063/100,000

7. **แอลกอฮอล์** จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอันเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดอัมพาต และยังเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิด thromboembolism โดยการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือด และทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น และยิ่งกว่านั้น พิษของแอลกอฮอล์ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด

8. **ความอ้วน** พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และทำให้ผู้ป่วยมีไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบว่าโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน อันจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนธรรมดา

9. **ภาวะเครียด** การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไป จะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และจะทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

10. **ภาวะขาดการออกกำลังกาย** การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดความเครียดซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายลดลง และเพิ่มไขมันที่เป็นประโยชน์ กล่าวคือ ทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัวได้อีกด้วย

11. **ยาเม็ดคุมกำเนิด** ในผู้หญิงอายุมากกว่า 35 ปี ที่รับประทานยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4-11 เท่า ของผู้หญิงที่ไม่รับประทานยาคุมกำเนิด ผลของยาทำให้เส้นเลือดตีบตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่หรือร่วมด้วยจะส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง และก่อให้เกิดเส้นเลือดแข็ง 2-17 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยด้วย

12. **การอยู่ในภาวะที่มีความดันโลหิตต่ำกว่าเป็นเวลานาน** เช่น ภาวะ Shock มีเลือดออกมากขณะผ่าตัด จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

13. **ปัจจัยทางพันธุกรรม** มีการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าครอบครัวที่ไม่เป็นโรคนี้ถึง 4 เท่า

14. **โรคปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine)** ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด มีการหดตัวและขยายตัวมากเกินไปกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลมาจาก Serotonin ทำให้เส้นเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงสมองน้อย ทำให้เกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกตามมาได้ ซึ่งเรียกว่า Complicated migraine แต่พบได้น้อย

15. **ผู้ป่วยเคยเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตมาก่อน (Previous stroke)** จากการศึกษา National survey of stroke ในสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์เกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนจะสูงกว่าผู้ที่เป็นครั้งแรกถึง 36-50 เท่า ถ้าคำนวณเป็นค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ในผู้ป่วยจะมีค่าสูงถึงร้อยละ 4-7 ต่อปี

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ

อาการเตือน ผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ อาจจะมีอาการเตือนแต่ไม่ได้สนใจ ได้แก่ อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งอาจจะเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป

อาการที่พามาโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด และจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาที หรือชั่วโมง

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรม และอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการทั่ว ๆ ไป มักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที แต่บางครั้งระดับความรู้สึกตัวอาจจะค่อย ๆ น้อยลงจนถึงขั้นหมดสติ ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าเลือดยังออกต่อไปอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อาการจะยังคงอยู่จนกระทั่งก้อนเลือดถูกดูดซึมไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ง่าย ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงไปอุด อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกิดอาการหลังตื่นนอน ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากลิ้มเลือดไปอุด อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเป็นอาการนำก่อนเกิดความผิดปกติทางสมอง มีอาการชักบ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น อาการชักจะเกิดติดต่อกัน (serial convulsion) ถ้าลิ้มเลือดที่ลดยมาอุดเป็นก้อนใหญ่จะทำให้เกิดอาการอย่างรุนแรง

อาการแสดงเฉพาะที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เสียหายที่ เช่น ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดคอไรติด (carotid artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนขวาและหน้าด้านตรงข้ามจะอ่อนแรง ขาเสียประสาทรับความรู้สึก ปากเบี้ยว ตาบอดข้างเดียว สับสน ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดเวอร์ทีโบรเบซิลลา (vertebro basilar artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนขวาจะอ่อนแรงทั้งสองข้าง เวียนศีรษะ อาจหมดสติ พูดตะกุกตะกัก ตาพร่า ขา ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดซีรีบรัลส่วนกลาง (middle cerebral artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนทางด้านตรงข้ามจะอ่อนแรง ศีรษะและตาหันไปทางด้านรอยโรค (Conjugate Deviation) ที่เรียกว่า “มองฟ้ารอยโรค” มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของศีรษะและตาไปในด้านตรงข้าม เมื่อผู้ป่วยตื่นอาการนี้จะหายไป อาจหายใจเร็ว สลับช้า (Cheyne-Stroke respiration) ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดซีรีบรัลส่วนหลัง (posterior cerebral) ไปเลี้ยงเสียหายที่ จะทำให้ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกัน ความจำเสื่อม มีอาการกำนสมองบวม ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดซีรีบรัลส่วนหน้า (anterior cerebral artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ จะทำให้แขนด้านตรงข้ามอ่อนแรง ขาและเท้าด้านตรงข้ามไม่มีแรง ปลายเท้าตก มีปัญหาในการเดิน มีการคั่งของปัสสาวะ ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดซีรีบรัลส่วนบนด้านหลัง (posterior inferior cerebellar artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ จะทำให้ก้นล้มลำบาก เวียนศีรษะ เป็นต้น

อาการแสดงที่เกิดจากมีพยาธิสภาพบริเวณธาลามัส (thalamic syndrome) ซึ่งหนึ่งของร่างกายจะรู้สึกร้อน ๆ หรือเจ็บปวดคล้ายเข็มทิ่มแทง ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายตามแขนขา โดยเฉพาะที่มือ ความรู้สึกเจ็บปวดอาจเกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายสัปดาห์ อาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีอาการผิดปกติ อาจมีอาการแปรปรวนง่าย ผู้ป่วยอาจจะร้องไห้และหัวเราะโดยไม่มีจุดหมาย

นอกจากนี้ ความผิดปกติของรูม่านตา (pupils) จะแตกต่างกันไป ขนาดของรูม่านตาอาจจะไม่เท่ากัน รูม่านตาข้างที่โตมักจะถูกข่มด้วยกล้ามเนื้อที่มีรอยโรค(22)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรคนี้ นอกจากนี้การรักษาตามสาเหตุแล้วยังมีอีกสิ่งหนึ่งซึ่งสำคัญคือการรักษาโรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ แบ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองออกได้ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

เป็นที่ทราบกันว่าถ้าเนื้อสมองตายจะไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุด โดยวิธีการรักษาทางยาดังนี้

1. รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง ไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90-100 มม.ปรอท เนื่องจากกลไกรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้ว โอกาสที่จะขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นอีก

2. ให้อาการกันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตาย จากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

3. ให้อาการกันเลือดแข็ง (anticoagulant) โดยให้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยยาการันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มแล้วไม่ได้ผล ยังคงมีอาการอยู่ รายที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน รายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด

4. การลดความหนืดของเลือด (blood viscosity) โดยเพิ่มปริมาณน้ำเลือดเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความหนืดและทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

5. ให้ยาลดสมองบวม ที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ สเตียรอยด์ (steroid) ซึ่งเชื่อกันว่าควรใช้ในระยะเวลาที่สมองบวม และสารเข้มข้น (hyperosmolar) ต่าง ๆ เช่น แมนนิทอล (mannitol) กลีเซอรอล (Glycerol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมาก

การรักษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการรักษาทางยา ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ ซึ่งมีวิธีการผ่าตัดดังนี้

1. การผ่าตัดหลอดเลือดเอาลิ้มเลือดออก (Endarterectomy) โดยการเลาะเอาผนังหลอดเลือดชั้นในสุด (intima) และชั้นกลาง (tunica media) ออก เหลือไว้แต่เนื้อเยื่อยืดหยุ่นชั้นนอก (external elastic membrane) และผนังหลอดเลือดชั้นนอก (adventitia) เท่านั้น
2. การผ่าตัดต่อหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะเข้ากับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (Extracranial & Intracranial anastomosis)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (23)

1. **ด้านร่างกาย** ความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับบริเวณและขนาดของสมองที่ได้รับอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่

1.1 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย(23) ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวาจะมีการเริ่มต้นการเคลื่อนไหวลำบาก ใช้เวลาเรียนรู้กิจกรรมการเคลื่อนไหวนาน การเคลื่อนไหวช้าลง หรืออาจมีความผิดปกติมากขึ้น ส่วนผู้ที่อ่อนแรงซีกซ้ายอาจมีปัญหาการทรงตัว หรือการเคลื่อนไหว ด้านความตึงตัวของกล้ามเนื้อระยะแรกจะมีความตึงตัวลดลงชั่วคราวแล้วจะเปลี่ยนเป็นความตึงตัวสูง อาการรุนแรงที่พบบ่อยคือ ขาหุบ แขนพับงอเข้าหาตัว นิ้วมือกำและงอเข้า ขาเหยียดตรง ศีรษะจะเอียงไปด้านที่อ่อนแรง ส่วนหน้าจะหันไปตามปกติ นอกจากนี้อาจพบอาการพูดลำบาก การกลืนลำบากพบร้อยละ 44.7 เกิดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงทำงานไม่ประสานกัน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปากลดลง อาจเกิดปัญหาการสำลักได้

1.2 ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้ ความจำ ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่องพบร้อยละ 43.9 พบบ่อยในผู้ป่วยสมองซีกขวาถูกทำลาย ทำให้เกิดอัมพาตซีกขวา ซึ่งมีปัญหาการรับรู้มากกว่าผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ความผิดปกติของการรับรู้มีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลาย ๆ ส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือมองข้ามถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น

1.3 ความบกพร่องทางการสื่อสาร ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย มักพบความผิดปกติของการสื่อสาร ได้แก่ โบรคา อะเฟเซีย (Broca's aphasia) คือ ผู้ป่วยจะตอบคำถามได้แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้อง ผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดและเครียดส่วนเวอร์นิกอะเฟเซีย (Wernicke's aphasia) ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ การใช้คำ การออกเสียงและไวยากรณ์ถูกต้อง แต่เนื้อหาคำพูดวกวน ขาดสาระ ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถพูดตามได้ และโกลบอลอะเฟเซีย (Global aphasia) เกิดจากมีการทำลายทั้งบริเวณเวอร์นิกและโบรคา อาการคือ พูดไม่ได้และไม่เข้าใจคำพูด ความผิดปกติด้านการพูดทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้านการรับรู้ และถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้

1.4 ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อการบินและการเดิน ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ มีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดภัยอันตรายต่อตนเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังด้านที่เป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถกะระยะทางขนาดตำแหน่ง ความเร็วในการเคลื่อนไหว ความบกพร่องในการรับรู้ส่วนประกอบต่าง ๆ ของสิ่งของ ดังนั้นผู้ป่วยอาจเดินหรือเข็นรถเข็นออกนอกประตูไม่ได้ หรือชนกับขอบประตู ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจและไม่สามารถจำความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง จะไม่สามารถเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้ ปัญหาความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึกและการבודครั้งหนึ่งของแนวสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต

1.5 ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระ หรือไม่สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาท้องผูกเนื่องจากในระยะ 2-3 วัน แรกมักไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปาก หลังจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเหลวทางสายยางปริมาณไม่มาก อาหารมีกากน้อย ระยะนี้กลไกที่ทำให้ลำไส้ว่างอาจลดลง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการขับถ่ายอุจจาระได้ เพราะระดับการรับรู้สติเปลี่ยนไป หรือมีการบกพร่องของการสื่อสารหรืออาจจะมีแรงจูงใจในการขับถ่ายน้อยลง จึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรง และมีอุจจาระอัดแน่น

1.6 ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เพศชายมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวที่อาจเป็นผลจากขาดความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

2. **ด้านจิตใจ(24)** การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพา และความผาสุกของบุคคล ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ และการแสดงบทบาทในชีวิตการแสดงพฤติกรรมทางจิต ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่(25)

2.1 การสูญเสีย (loss) มี 2 ลักษณะ คือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายที่ของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจนเป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมา

2.2 ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวก่อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ระยะเวลาการปรับตัวต่อความเครียดขึ้นกับลักษณะการเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อสิ่งที่เกิดขึ้น ปฏิเสธไม่ยอมรับ หลังจากนั้นจะแสดงความรู้สึกโกรธ ใน 2 ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของการพึ่งพา หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะของการยอมรับการสูญเสีย และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นพฤติกรรมพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น

2.3 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้ป่วยอัมพาตซีกซ้ายเกิดจากการคาดคะเนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหงื่อไหล หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้

2.4 ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร พูดในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทูบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการ

หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่ายและก้าวร้าว ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปของปมเด่น ด้วยการวางอำนาจยิ่ง ถูกคนอื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

2.5 ภาวะซึมเศร้า (depression) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา จากการศึกษาของ Robinson (26) ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง เฉลี่ยร้อยละ 34 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า อาการที่พบได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง หงุดหงิด วิดกกังวลง่าย เกียจคร้าน ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ส่งผลให้ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง

3. **ด้านสังคม** ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป สาเหตุอื่นเนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมทางสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยพบปะกับโลกภายนอก

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลภายหลังการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แทบจะไม่มีผู้ดูแลที่เตรียมตัวสำหรับบทบาทนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วย มักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรอดชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ และร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิต จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ความพิการนั้น ต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังนี้ (27)

1. **Stress (ความเครียด)** จากพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ 1) การพึ่งพาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง มีอัมพาตผู้ดูแลต้องตัดสินใจในทุกสิ่งทุกอย่างแทนผู้ป่วย 2) สภาพอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว อารมณ์เสียโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีความอดทน ใจร้อน เอาแต่ใจตนเองของผู้ป่วย 3)

ความบกพร่องในการรับรู้และเข้าใจ ผู้ป่วยมักสูญเสียความจำ มีการตัดสินใจช้าหรือสับสน นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในครอบครัว เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านขาดผู้ช่วยเหลือ มีความขัดสนด้านการเงินและสิ่งสำคัญคือสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น รู้สึกผิด มีความกังวลกับตนเอง ความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีความเครียดในบทบาทที่พบได้บ่อยคือ ความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท และการดำรงบทบาทที่มากเกินไปทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดน้อยลง และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอีกด้วย จากการศึกษาของ Jongbloed(28) ศึกษาการปรับตัวของสามีที่ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สามีที่ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง สามีต้องเปลี่ยนบทบาทตนเอง โดยรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น บทบาทหัวหน้าครอบครัว บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทผู้ดูแลบ้าน บทบาทผู้ดูแลลูก ต้องปรับตัวกับบทบาทเพิ่มเติมขึ้น ประกอบกับสภาพการเจ็บป่วยของภรรยา ซึ่งช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามีต้องรับผิดชอบดูแลภรรยา และรับผิดชอบดูแลภายในบ้านแทนภรรยา ทำให้มีผลต่อเจตคติ ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รวมถึงค่านิยมทางสังคม เป็นปัญหาอย่างมากในการปรับตัวของสามี จันทรพีญ แซ่ห่วน(29) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเปราะบางของญาติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเปราะบางและความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ช่วยบรรเทาเครียดด้วย

2. **Anxiety (ภาวะวิตกกังวล)** จากการศึกษา Blake H. และคณะ(30) ทำการศึกษาเรื่องความเครียดในกลุ่ม คู่สมรสที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้าน เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ 12 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 78 ความวิตกกังวล ความกลัว ความกระวนกระวายใจ ที่เกิดขึ้นกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแล มีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ และบางรายวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

3. **Depression (โรคซึมเศร้า)** โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงมีผลทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่สะสมเป็นเวลาที่ยาวนาน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา บางรายรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครเข้าใจตนและรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีความรู้สึกว่ตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น รู้สึกผิด และจากการศึกษาของ Morimoto(31) ศึกษาภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะ

สุขภาพ คุณภาพชีวิต ในระหว่างการดูแล จำนวน 100 คน โดยใช้ Geriatric Depression Scale and SF – 12 ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ของภาวะ Depression สูงถึงร้อยละ 52

4. Burnout Syndrome ผู้ดูแลต้องปรับตัวและปรับจิตใจเพื่อให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย จนเกิดอาการท้อแท้ หมดกำลังใจ (Burnout Syndrome) เป็นอาการที่เกิดจากความอ่อนล้าทั้งทางกายและอารมณ์ หมดกำลังใจ มีอึดทนในทัศนคติในทางลบ สูญเสียความรู้สึก และความสัมพันธ์กับผู้อื่น และสูญเสียความสนใจในชีวิต บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลายาวนานหลายปี และถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูง ก็จะทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตใจได้

นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนรู้สึกไม่พอใจ ขุ่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่รู้สึกรำคาญ โกรธ หงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย สูญเสียการควบคุมตนเอง และรู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย สูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ดูแลบางคนอาจจะทิ้งและทำร้ายผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขปัญหาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมและกลายเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เรื้อรังตามมา

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลภายหลังการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชีวิตของญาติ เนื่องจากยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เปรียบเสมือนตัวกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ซึ่งความเครียดดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อญาติต่อไปนี้

1. สุขภาพกาย เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (32) พบว่าผู้ดูแลจะลืมนใจดูแลตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย ปวดหลัง ปวดเอวเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นการที่พบได้เสมอในผู้ดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียไม่สุขสบาย

อิดโรย โดยจากการศึกษาของ Jensen & Given (33) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 248 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล โดยความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ การสูญเสีย กระบวนการคิดความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงานและการเข้าร่วมสังคม จากการศึกษานี้ของ เสาวลักษณ์ เนตรขัง (34) ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและภาวะสุขภาพจำนวน 100 คน พบว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีร้อยละ 93 ได้แก่ ปวดไหล่ ปวดแขน ข้อมือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด

2. แบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (Lifestyle Change) หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัวหรือกับเพื่อนฝูง กิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติต้องเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจเป็นอย่างยิ่ง ผู้ดูแลพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เป็นผลมาจากข้อจำกัดในเรื่องเวลา เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลที่เคยมีนั้น ต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย ไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้และออกไปนอกบ้าน ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่าไม่ว่าจะทำอะไรต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เวลาจะไปไหนก็ไม่สามารถไปได้นาน (27)

3. ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งทำให้ต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน และต้องรับภาระในฐานะผู้ดูแลด้วย และจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความคลุมเครือ และไม่มั่นใจในการดูแล นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน เนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม และอาจจะใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (25)

4. ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และ

มีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และจากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชุนหะ(10) ก็ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน ตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (35) และจากการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (36) เรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชย จากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพี่น้องที่เห็นความสำคัญ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (18) เรื่องภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพัน ผู้สูงอายุ ประกอบกับได้มีการประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา หรือเมื่อเจ็บป่วย มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญปัญหา จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุก จากการที่ได้ให้การดูแล ซึ่งจะเห็นว่าผลกระทบในทางบวก จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแล คือ “Family caregiver” หรือ “informal caregiver” หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีผู้สรุปลักษณะสำคัญในความหมายของ ญาติผู้ดูแลที่ปรากฏใช้ในวรรณกรรมทางการแพทย์ มีลักษณะดังนี้ (36)

1. ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

นอกจากนี้ Horowitz (37) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาดูแล ประกอบด้วย 1.ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง 2. ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักหรือมีญาติผู้ดูแลทั้งสองลักษณะทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การดูแลเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ถือเป็นภาระกิจสำคัญของสมาชิกในสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกของครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน และการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นเป็นการแสดงบทบาทและความรับผิดชอบ ตามความคาดหวังของสังคมไทยภายใต้ขนบธรรมเนียมที่สืบทอดต่อกันมา เช่น บิดามารดาให้การดูแลบุตร บุตรดูแลบิดามารดาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเจ็บป่วย การดูแลคู่สมรส หรือเพื่อนที่เจ็บป่วย เป็นต้น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่เกิดความพอใจ หรือเกิดความสำเร็จแห่งตน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบของการดูแลในด้านความรู้เกี่ยวกับบุคคลและวิธีการช่วยเหลือ มีความเต็มใจดูแลช่วยเหลือ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและไว้ใจซึ่งกันและกัน ให้การดูแลด้วยความอดทน อ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ใช้อำนาจ มีความหวังและเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่อง ปฏิบัติการดูแลบนพื้นฐานทางจริยธรรม และพิจารณาเลือกวิธีการช่วยเหลือที่ดีที่สุด มีการประเมินผล ปรับปรุงและเลือกวิธีการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

Watson(38) ได้เสนอทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นความเป็นมนุษย์โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การดูแลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่า ความเต็มใจและความมุ่งมั่นในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายในของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของคนต่อสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ในกระบวนการดูแลของผู้ดูแล การรู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่นและขอบเขตของการกระทำต่าง ๆ รูปแบบการปฏิบัติที่แสดงถึงการดูแลประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมได้แก่การดูแลความสบายทางกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสบาย รวมถึงการสอน การให้คำแนะนำ การแก้ปัญหาและการปฏิบัติอีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่มุ่งเน้นถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการดูแลโดยให้การดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความไว้วางใจ ความหวัง การเสนอให้ความช่วยเหลือซึ่งจะรวมถึงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์ ความอยู่รอด ความสุขสบายและการปกป้องคุ้มครอง เป้าหมายของการดูแลคือให้บุคคลมีภาวะสมดุลสภาพกายจิตและจิตวิญญาณ การดูแลเป็นอุดมคติหรือคุณธรรมที่มุ่งปกป้องและดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นองค์รวมของกาย-จิต-จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล Watson ได้เสนอกระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุด เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน มีความรัก ความเมตตา แสดงการเข้าใจและยอมรับ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง เป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานของบุคคล ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมและมีท่าทางที่เชื่อมั่น สามารถให้คำปรึกษาและเป็นที่พักพิงของผู้รับการดูแลได้
3. ไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่นเป็นการพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนและผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อกันและสร้างพฤติกรรมดูแลที่ดีได้
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจกัน เป็นปัจจัยที่ต่อเนื่องจากปัจจัยที่ 3 ประกอบด้วย

4.1 ความเข้าใจกันได้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน

4.2 การร่วมรู้สึก เป็นการรู้จักเข้าใจผู้รับบริการมาใส่ใจตนเอง เพื่อรับความรู้สึกจะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

4.3 ความรู้สึกอบอุ่น เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นจากการแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง

4.4 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ โดยผู้ดูแลต้องทำให้ผู้รับบริการดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี ผู้ดูแลควรได้มีการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี และแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้างยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของผู้รับการดูแลได้ด้วยเช่นกัน

6. การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เป็นการที่ผู้ดูแลจะต้องแสดงความรอบรู้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั้งด้านสาเหตุและผล รู้สึกค้นหาข้อมูลที่ครอบคลุมมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องใช้การตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนการเรียนรู้ ผู้รับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลทราบปัญหาของผู้รับการดูแลการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างร่วมกัน

8. ประคับประคองสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับการดูแลรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการเอาใจใส่ของผู้ดูแล

9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล สิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถดำรงชีพอยู่ได้ เช่น การดูแลเรื่องน้ำ อาหาร เป็นต้น

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้การดูแลรู้สึกว่ามีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้มีพลังภายในตน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลก กับบุคคลอื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

10. เสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ได้รับการดูแลค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญา และสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้รับการดูแลค้นหาแก่นของชีวิตเข้าใจชีวิต แนะนำและให้โอกาสแก่ผู้รับบริการแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา นำผู้รับบริการค้นหาแหล่งพลังจิตวิญญาณของตนและค้นพบสัจธรรมของชีวิต

สรุป การดูแล หมายถึง กระบวนการและวิธีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนำให้มีความสามารถในการดูแลมนุษย์ทั้งบุคคลครอบครัวและสังคม โดยผสมผสานธรรมชาติเข้ากับความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้ดี เป็นการตอบสนองต่อคุณค่า ความสำคัญและความรักในความเป็นมนุษย์ของบุคคล ซึ่งการกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการจริยธรรมและศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคมและได้รับการพัฒนาเพื่อเป้าหมายอยู่ที่การป้องกันเพิ่มพูนและอนุรักษ์ความเป็นมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์ พฤติกรรมการดูแลจึงเป็นการกระทำหรือการแสดงออกในรูปแบบการบริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ ให้คุณค่า ความสำคัญและแสดงถึงความเข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี เป็นการกระทำที่ผ่านการคิดอย่างไตร่ตรองแล้วว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมาย โดยใส่ความรู้สึกเข้าไปผสมผสานกับการกระทำนั้น ๆ ออกมาเป็นลักษณะทางการปฏิบัติที่นุ่มนวล การแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อกัน ก่อให้เกิดความพึงพอใจและสุขใจทั้งผู้ปฏิบัติและผู้รับ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental health)

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี มิได้หมายถึงเพียงว่า บุคคลนั้นปราศจากอาการโรคจิต โรคประสาท ที่เห็นได้ชัดเท่านั้น แต่จะสามารถปรับตัวมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพดีงามกับบุคคลอื่น มีชีวิตอยู่ด้วยความสบาย สมดุล สามารถสนองความต้องการของตนในโลกที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตของตนเอง

ฉวีวรรณ สัตยธรรม(39)ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของชีวิตที่เป็นสุข สุขภาพจิตดี หมายถึง การมีจิตใจที่เข้มแข็ง สงบ เยือกเย็น สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวปรับใจให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

ถาวร ทศนาญชลี(40) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ของจิตใจที่ปราศจากอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางจิต เช่น โรคจิต โรคประสาท ฯลฯ และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่มีข้อขัดแย้งในจิตใจ

ฝน แสงสิงห์แก้ว(41) ให้ความหมายคำว่า “สุขภาพจิต” เป็นสภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพกายและผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ นอกจากนี้สุขภาพจิตอาจจะหมายถึงสภาพจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานะที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต

Feedman, Kaplan & Sadock(42) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาวะของความรู้สึกผาสุก ซึ่งบุคคลสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ ประสบความสำเร็จและมีความพึงพอใจในตนเอง

Veit & Ware(43) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาวะของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ สุขภาพจิตในแนวคิดนี้เป็นสุขภาพจิตที่มีองค์ประกอบหลายมิติ เป็นโครงสร้างที่มีลักษณะแบบลำดับขั้น โดยประกอบด้วยสุขภาพจิต 2 ด้าน คือ ด้านความกดดันทางจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านลบ (Psychological distress) และด้านความผาสุกทางจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านบวก(Psychological well-being) ในสุขภาพจิตแต่ละด้านยังมีองค์ประกอบย่อย ๆ ที่สามารถประเมินได้โดยสุขภาพจิตด้านลบ จะประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ อาการวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนสุขภาพจิตด้านบวก จะประกอบด้วย 2 หมวด คือ ความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป และความผูกพันทางอารมณ์

กล่าวโดยสรุป สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ ปราศจากโรคและอาการผิดปกติทางจิต สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ต่าง ๆ ในสังคม มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนทั้งสามารถทำประโยชน์ตนเอง และสังคมได้อย่างมีความสุข

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี

จากผลการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ปี 2523 ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง(44) ได้สรุปถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ดังนี้

1. สภาวะทางอารมณ์ อารมณ์ผิดปกติมั่นคง ไม่เจ้าอารมณ์ หรือถูกกระทบกระเทือนง่าย ปราศจากความเครียด หรือความวิตกกังวล

2. สภาวะทางสังคมและการปรับตัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีปกติสุข ไม่สร้างพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

3. สภาวะทางร่างกาย ปราศจากอาการของโรคที่มาจากความเครียดและความวิตกกังวลทางจิตใจ

Egbert (45) ได้กล่าวว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีคือ

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมรรถานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิต และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรมตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างความสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้

ลักษณะของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ได้กำหนดลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี หรือเจ็บป่วยทางจิต โดยระบุถึงอาการและ/หรือการบกพร่องดังต่อไปนี้ คือ

1. ได้แสดงพฤติกรรมไม่ปกติสม่ำเสมอเกินกว่าที่คนส่วนใหญ่แสดงออก
2. แสดงถึงจิตพยาธิสภาพโดยขาดความรับผิดชอบบ่อย ๆ ครั้ง ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา มักกระทำในลักษณะแปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่ มีการรับรู้ต่อความเป็นจริง ไม่ถูกต้อง
3. มีพฤติกรรมเฉพาะตน ซึ่งสังคมยอมรับว่า ผิดปกติเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

จากการศึกษาทางจิตเวชศาสตร์ในปัจจุบันพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตนั้น มิได้เกิดขึ้นจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักจะเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน คือ ปัจจัยทางด้านชีววิทยา และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) โดยแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาหลังมักจะพูดถึงรูปแบบของการผสมผสานกันของปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Stress-Diathesis Model ซึ่งอธิบายว่าบุคคลอาจมีความเปราะบางที่จำเพาะ (Specific vulnerability) ซึ่งเมื่อถูกกระตุ้นโดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกมา

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (Biological Factors)

1.1 พันธุกรรม มีการศึกษาหลายอย่างบ่งบอกถึง ปัจจัยทางพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต เช่น โรคจิตเภท ในแง่ chromosomal marker ในแง่ chromosomal marker ปัจจุบันพยายามศึกษาเพื่อหาแผนภูมิของการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและค้นหา restriction fragment length polymorphism (RFLPs) ที่มีผลต่อการแยกชนิดของโรคจิตเภท มีหลายการศึกษาพบ chromosome หลายตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง แต่ที่มีรายงานบ่อยคือ long arm ของ chromosomes 5, 11 และ 18, short arm ของ chromosome 19 และ x chromosome อย่างไรก็ตามเป็นการบ่งบอกว่ามี heterogeneous genetic สำหรับโรคจิตเภท เป็นต้น

1.2 ความผิดปกติของโครโมโซม มีความผิดปกติหลายอย่างที่เกิดขึ้นมาจากโครโมโซมได้รับการถ่ายทอดไม่เป็นไปตามปกติ ทำให้เกิดอาการผิดปกติในมนุษย์ได้ เช่น Down' syndrome ซึ่งเกี่ยวข้องกับอายุของมารดาด้วย โดยถ้าอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์มากโอกาสที่เกิด Down' syndrome ก็สูงตามไปด้วย

1.3 โครงสร้างทางร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอารมณ์บางอย่าง ซึ่ง Sheldon ได้แบ่งโครงสร้างของร่างกายออกเป็น 3 แบบ

Endomorphy ได้แก่ บุคคลที่มีรูปร่าง อวบ กลม บึ๋ม มักเป็นพวกที่ชอบความสบาย รับประทานอาหารว่าง ชอบสังคัม ชอบสนุกสนาน รื่นเริง แนวโน้มจะมีอาการทางจิตชนิดคลั่ง-เศร้าสูง (bipolar)

Mesomorphy ได้แก่ ผู้ที่มีรูปร่างสูงใหญ่ มีกล้ามเนื้อแข็งแรง มักชอบออกกำลังกาย พละนามายดี เป็นคนชอบแข่งขัน เสนอหน้า ชอบทำมากกว่าคิด มีจิตใจค่อนข้างเหยียดเกรี้ยว มีความสัมพันธ์กับการเป็นปฏิปักษ์ต่อสังคัม (antisocial)

Ectomorphy ได้แก่ ผู้ที่มีรูปร่างผอมบาง ความรู้สึกไว ส่วนใหญ่ไม่ชอบสังคัม อ่อนแอ ชอบเก็บความรู้สึก หวาดหวั่น มีความสัมพันธ์กับการเป็นจิตเภท

1.4 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ มีอิทธิพลต่อจิตใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปรูปร่างและหน้าที่บางอย่างของร่างกาย บางคนมีความรู้สึกต่ำต้อย น้อยเนื้อต่ำใจ คับข้องใจ ไม่มีความมั่นคง เช่น ในพวก Hypothyroidism

1.5 การขาดอาหาร มีผลสำคัญมากต่อบุคลิกภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแรงขับทางอารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรม การขาดอาหารในภาวะก่อนคลอด เนื่องจากแม่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เด็กที่เกิดมามีสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ เมื่อเปรียบเทียบกับพวกที่

เกิดจากแม่ ซึ่งได้รับอาหารสมบูรณ์ การขาดอาหารระหว่างช่วงแรกของพัฒนาการทางสมองทำให้การสังเคราะห์โปรตีน DNA ลดน้อยลง ผลที่ตามมาคือ พัฒนาการทางสมองหยุดชะงักและจำนวนเซลล์ในสมองก็ลดลงกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ความกระตือรือร้นลดน้อยลง ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ สมองเสียหายไป

1.6 การขาดออกซิเจน โดยเฉพาะการขาดออกซิเจนในสมองระหว่างอยู่ในครรภ์หรือขณะคลอด อาจก่อให้เกิดภาวะเขาวงกตปัญญาอ่อน และบุคลิกภาพแปรปรวน รวมทั้งความพิการทางร่างกาย ซึ่งผลเสียอาจทำให้หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และสมองอาจเสียหายไป

1.7 ความพิการของร่างกายและประสาทสัมผัส ผู้ที่มีส่วนร่วมของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งซึ่งเป็นมาตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นผลของโรคต่าง ๆ ย่อมมีความลำบากในการปรับตัว การหย่อนสมรรถภาพทางกายและทางเขาวงกตปัญญา ก็จะทำให้การเรียนรู้ด้อยกว่าผู้อื่น เช่น ผู้พิการทางตาและหู

1.8 โรคทางกาย โรคทางกายทั้งที่เป็นอย่างเฉียบพลันและเรื้อรังมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยไม่มากนักน้อย โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญและยอมรับแต่โรคต่างชนิดกัน ก็ย่อมมีผลต่อผู้เจ็บไข้ต่างกัน

1.9 พยาธิสภาพของสมองและระบบประสาท ซึ่งเป็นระบบที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม พยาธิสภาพของสมอง ก็ทำให้มีความผิดปกติด้านการปรับตัวได้ สาเหตุของพยาธิสภาพมีได้หลายอย่าง ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม การติดเชื้อ อุบัติเหตุ ความผิดปกติของหลอดเลือด สารเป็นพิษ และผลจากโรคทางกายอื่น ๆ เป็นต้น

ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท แบ่งเป็น

1.9.1 พยาธิสภาพทางกายวิภาค (Anatomy) ความผิดปกติของส่วนต่าง ๆ ของสมองและระบบประสาท ทำให้เกิดอาการหรือพฤติกรรมที่ต่างกันแล้วแต่ว่าส่วนนั้น ๆ มีหน้าที่ควบคุมร่างกาย และจิตใจส่วนใดของสมองที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่

สมองใหญ่ (Cerebral Cortex) มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ การรับรู้ทางกายและอารมณ์ การส่งกระแสประสาท (Nerve impulse) ระหว่างส่วนต่าง ๆ

Reticular activating system (RAS) ส่วนของสมองที่จะเกิดการตื่นตัวเมื่อถูกกระตุ้น มีหน้าที่ควบคุมการรู้สึกตัว (consciousness) ถ้าผิดปกติทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการนอนและการรู้สึกตัว ทำให้ความจำและสมองเสียหายไปได้

Hypothalamus เป็นส่วนหนึ่งของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ทางร่างกาย ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมอวัยวะภายใน ควบคุมการหลั่งฮอร์โมน มีหน้าที่ควบคุมในเรื่องความกลัว และความโกรธ ความหิวกระหาย ความต้องการทางเพศและการนอน

Limbic system เป็นทางติดต่อระหว่าง hypothalamus และ cerebral cortex- มีหน้าที่เกี่ยวกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะในด้านความจำ (memory) ความกังวล (anxiety) ความดุร้าย (rage) ความต้องการทางเพศ และการแสดงออกของความพึงพอใจ

1.9.2 ความผิดปกติทางชีวเคมี (Biochemistry) สารเคมีในสมองซึ่งทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทได้แก่พวก Neurotransmitter ที่มีผลทั้งเป็นตัวกระตุ้น (excitatory) และ serotonin สารเคมีเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคทางอารมณ์ (affective disorder) และโรคจิตเภท (Schizophrenia)

ในขณะที่ร่างกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการของโรคต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะทำให้มีการตื่นตัว มีความกระตือรือร้น มีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ ประสบความสำเร็จ และมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้าม หากร่างกายเจ็บป่วย บกพร่อง หรือไม่สมบูรณ์ จะทำให้ภาวะสมดุลในร่างกายเสียไป อาจมีผลต่อสุขภาพจิตได้ เนื่องจากกายและจิตแต่ละส่วนทำงานประสานกันเป็นอย่างดี แยกจากกันไม่ได้ และในทำนองเดียวกัน ถ้าบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ ก็จะมีผลกระทบต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ของร่างกายในทางเลื่อม

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับสติปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน การสูญเสียซึ่งมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ความล้าชวย ความสำนึกผิด

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Factors) สังคมและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่

3.1 เศรษฐฐานะ ฐานะทางเศรษฐกิจที่มีปัญหาอาจเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ และมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลได้มากน้อยต่างกันไป

3.2 สภาพและการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงของสังคมหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การอยู่แบบครอบครัวรวม (Extended family) หรือมีครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) การย้ายจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองใหญ่

(urbanization) การรับวัฒนธรรมตะวันตกมาสู่วัฒนธรรมตะวันออก การแต่งงานระหว่างคู่สมรสที่ต่างศาสนา การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ศีลธรรมเสื่อม

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การสูญเสียบิดามารดา การหย่าร้าง การเป็นบุตรบุญธรรม การมีมารดาทำงานนอกบ้านมากขึ้น การเรียนแบบสหศึกษา

3.4 ค่านิยม ค่านิยมของสังคมย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล เช่น ค่านิยมในการดื่มสุรา ค่านิยมทางรูปธรรมและนามธรรม การแข่งขัน ในการเรียนแก่ของเด็กและเยาวชน ค่านิยมอันเนื่องมาจากศีลธรรม

หลายท่านเชื่อว่า วัฒนธรรมและสังคม มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพของคนเราตั้งแต่เด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะฝังตัวอยู่ในตัวบุคคลผู้เลี้ยงดูเด็ก และถ่ายทอดไปสู่เด็ก ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของปัญหาทางสุขภาพจิตได้

อาจกล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด หรือปัญหาต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นต้องปรับตัวกับปัญหานั้น ๆ โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะใช้เวลาในการปรับตัวนาน หรือปรับตัวไม่ได้ จนเกิดอาการที่แสดงออกมา คือ อาการทางด้านร่างกายและอาการทางจิต โดยอาการทางด้านร่างกายที่แสดงออก เช่น ความดันโลหิต ปวดท้อง มือเท้าชา หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฯลฯ ซึ่งสามารถตรวจพบโดยวิธีทางการแพทย์ ส่วนอาการทางจิตใจเป็นอาการที่แสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิด อารมณ์ ความจำ และการรู้สึกตัว เช่น รู้สึกไม่สบายใจ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อารมณ์เศร้า ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิ ฯลฯ อาการนี้ส่วนใหญ่จะไม่แสดงออกมาตรง ๆ แต่มักจะแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของแรงผลักดันที่มีอยู่ภายในใจ ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องของจิตใต้สำนึก และแสดงออกมาโดยอาการทางจิต

การประเมินสุขภาพจิต

ในการที่จะประเมินสุขภาพจิตของบุคคลนั้นมีวิธีการ หรือเครื่องมือมากมายที่สามารถนำมาประเมินสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ที่จะทำการศึกษา ที่ผ่านมามีการประเมินสุขภาพจิตมีทั้งการวัดทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเรื่องอื่น ๆ เข้าไปในการวัดสุขภาพจิตด้วย ซึ่งอาจเป็นการประเมินโดยทางอ้อม เช่น ประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก การปรับตัว เป็นต้น แล้วนำผลการประเมินนั้นมาอธิบายภาวะของจิตใจและอารมณ์ ด้วยการแปลผลสิ่งที่ประเมินได้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพจิตพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่สร้างแบบวัดสุขภาพจิต และแบบวัดที่ใกล้เคียงที่สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตที่ดีหรือการมีปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

1. **แบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยา SCL-90 (Symptom Distress 90)** ซึ่งนักจิตวิทยาแห่งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ได้แปลผลมาจากแบบทดสอบของ DR. Leonard R. Derogatis, Dr.Limo Cori แห่ง John Hopkin University โดยแบ่งสุขภาพจิตออกเป็น 9 ด้านคือ

1. ด้านความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย (Somatization)
2. ด้านย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive)
3. ด้านความรู้สึกไม่ชอบการติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal sensitivity)
4. ด้านซึมเศร้า (Depressive)
5. ด้านความวิตกกังวล (Anxiety)
6. ด้านความเกลียดชังไม่เป็นมิตร (Hostility)
7. ด้านความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety)
8. ด้านความหวาดระแวง (Paranoid)
9. ด้านโรคจิต (Psychoticism)

การประเมินแบบทดสอบ SCL-90 จะมีข้อคำถามทั้งหมด 90 ข้อ ในแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนในแต่ละตัวเลือกเป็น 0 1 2 3 และ 4 การประเมินสุขภาพจิตจะประเมินโดยคิดคะแนนเป็นรายด้าน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้นเรียกเป็น raw score แล้วนำไปเทียบ T-score ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| คะแนน T-score 40-60 | ปกติ |
| คะแนน มากกว่า 60-70 | มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต |
| คะแนน มากกว่า 70 | มีอาการของปัญหาสุขภาพจิต |

2. **แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป GHQ (General Health Questionnaire)** สร้างขึ้นโดย โกลด์เบิร์ก ในปี 1972 โดยมีวัตถุประสงค์ในการค้นหาและวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตใจ (Psychiatric disorder) มีคำถาม 60 ข้อ แต่โกลด์เบิร์กได้แบ่งแบบทดสอบออกเป็นชุดย่อย ๆ คือ GHQ-28 และ GHQ-12 ทั้งนี้ชุดที่นิยมใช้ในประเทศไทยคือ GHQ-28 เพราะสามารถวัดความผิดปกติได้ 4 ด้าน คือ

- 2.1 อาการทางกาย (Somatic Disorder)
- 2.2 ความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and Insomnia)
- 2.3 ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)

2.4 อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป GHQ-28 ได้รับการแปลและปรับปรุงสำหรับคนไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่น ๆ (46) มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน แต่ละด้านจะมีข้อคำถาม 7 ข้อ ให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด

โดยแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบ 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่น้อยกว่าเดิมไปจนถึงมากกว่าเดิมมาก วิธีการให้คะแนนมี 2 แบบ คือ แบบ likert score กับแบบ GHQ scoring วิธีการให้คะแนนแบบแรกคือ การให้น้ำหนักคะแนนแต่ละตำแหน่ง ส่วนแบบหลังมาตรวัดจะเป็นลักษณะที่เรียกว่า bimodal response scale คือ คะแนนจะถูกจัดไว้เพียง 2 ค่า (binary score) สำหรับ 4 ตัวเลือก โดยถ้าตอบตัวเลือกที่ 1 หรือ 2 จะให้คะแนนเป็น 0 แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ 3 หรือ 4 จะให้คะแนนเป็น 1 ประสิทธิภาพของวิธีการให้คะแนนทั้ง 2 พบว่าไม่แตกต่างกันโดยสหสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการให้คะแนนทั้ง 2 แบบ มีค่าอยู่ในช่วง 0.92-0.94

3. แบบประเมินสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory)

Veit & Ware (20) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นสำหรับบุคคลทั่วไป โดยโครงสร้างของแบบสอบถามสุขภาพจิตนี้ ประกอบด้วยความผาสุกของจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านบวก และด้านความกดดันทางจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านลบโดยในแต่ละด้านจะมีองค์ประกอบย่อย ๆ อีก สุขภาพจิตด้านบวกมีองค์ประกอบย่อยอีก 3 หมวดคือ หมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป หมวดความพึงพอใจในชีวิต และหมวดความผูกพันทางอารมณ์ ส่วนสุขภาพจิตด้านลบมีองค์ประกอบย่อย 3 หมวด คือ หมวดอาการวิตกกังวล หมวดอารมณ์ซึมเศร้า และหมวดการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 5,089 คน เพื่อทดสอบโครงสร้างขององค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยมีองค์ประกอบ 2 ด้านใหญ่ ๆ ดังกล่าวข้างต้น และจากการทดลองนำไปใช้พบว่า มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงเป็นที่น่าพอใจ โดยพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.96 ส่วนค่าความเชื่อมั่นสุขภาพจิตด้านลบเท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นสุขภาพจิตด้านบวกเท่ากับ 0.92

จะเห็นได้ว่าการประเมินสุขภาพจิตนั้น มีเครื่องมือที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตได้มากมาย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือวัดสุขภาพจิตที่เป็นมาตรฐาน (gold standard measure) ส่วนใหญ่จะเป็นแบบวัดที่มีลักษณะพอยอมรับได้เท่านั้น (acceptable measure) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า เครื่องมือ

โดยส่วนใหญ่มักจะรวมการวัดสุขภาพกาย หรือการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เข้าไปเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพจิตด้วย อีกทั้งมีข้อคำถามจำนวนมากซึ่งผู้ตอบจะต้องใช้ระยะเวลาในการตอบนาน ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การประเมินสุขภาพจิต MHI ของ Veit & Ware (20) ซึ่งข้อดีของการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิตชุดนี้ คือ เป็นการประเมินสุขภาพจิตที่มีองค์ประกอบในเรื่องของสุขภาพจิตโดยเฉพาะ สามารถมองเห็นภาพรวมของสุขภาพจิตขณะเดียวกันสามารถแยกให้เห็นทั้งสุขภาพจิตด้านบวก และสุขภาพจิตด้านลบ นอกจากนี้ยังสามารถแยกเป็นสุขภาพจิตหมวดย่อย ๆ ได้ และที่สำคัญคือสามารถประเมินสุขภาพจิตจากอาการที่พบได้บ่อย โดยมีจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากจนเกินไป ทำให้ผู้ตอบไม่ต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามยาวนาน

สำหรับในการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตชื่อ MHI (Mental Health Inventory) (MHI) ของ Rand Corporation โดย Veit & Ware(20) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

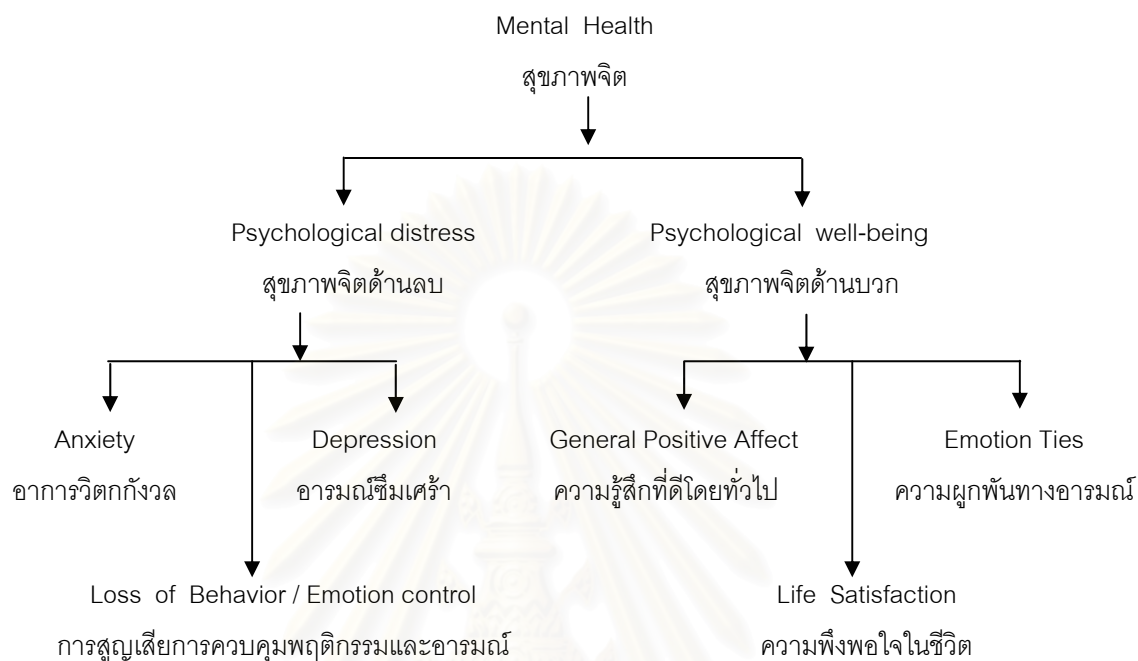
สุขภาพจิตด้านลบจะประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ความวิตกกังวล (Anxiety)
2. อารมณ์ซึมเศร้า (Depression)
3. การสูญเสียการควบคุม (Loss of behavioral / Emotion control)

สุขภาพจิตด้านบวกจะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. อารมณ์ความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Ties)
2. ความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป (General Positive Affect)
3. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

ซึ่งมีโครงสร้างดังที่แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงดัชนีสุขภาพจิต (Mental Health Inventory)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงสุขภาพจิตของบุคคล เพศบ่งบอกถึงความเข้มแข็ง ความมีพลัง และความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์จะพบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ถึง 2 เท่า และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เพศที่ต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน และพบว่าเพศหญิงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลผู้ต้องการการดูแลในครอบครัว และช่วยพัฒนาระบบการดูแล ผู้ต้องการการดูแลในครอบครัว (45)

สงศรี จัยสิน และคณะ (47) ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนใน จังหวัดชลบุรี เมื่อปี 2528 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,114 คน ใช้แบบวัด Health Opinion Survey และแบบวัด Symptom Check List-90 ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความผิดปกติทางจิต มากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิงจะแสดงอาการกลัวมากที่สุด รองลงมาคือ ซึมเศร้า และอาการทางกาย

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ(48) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 ของ Goldberg ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความชุกของ ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 20.2 เพศชาย ร้อยละ 17.7 แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า เพศไม่ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (P-Value > 0.05)

ละออง สุวิทยากรณ์ (49) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอดอนขมุนี จังหวัดพัทลุง ในปี พ.ศ. 2534 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 131 คน เป็นเพศชาย 54 คน เพศหญิง 77 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิตที่ดัดแปลงจากแบบวัดความพึง พอใจ ในชีวิตของ Neugarten, et al. ผลการศึกษาพบว่า เพศชาย และเพศหญิง มีสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < 0.05) โดยผู้สูงอายุเพศชาย มีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง

ศุกรี ศิริบุญรอด (50) ศึกษาสุขภาพจิตของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก อายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ใช้แบบวัด GHQ-30 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.3 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เพศไม่มีความสัมพันธ์กับ สภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (P-value = 0.345) ผู้ดูแลเด็กที่มีเพศแตกต่างกันมีสภาวะ สุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ(51) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรัง ซึ่งใน โรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตอยู่ด้วย พบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย เรื้อรังจะสัมพันธ์กับเพศ ในเพศหญิงจะวิตกกังวล และซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

2. อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของ บุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาใน เรื่องต่าง ๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่ วัยชรา(50) นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จได้ด้วยคามยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพ กับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบ ยอมรับการสูญเสีย และความผิดหวังได้

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ(51) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลใจและซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังจะสัมพันธ์กับอายุแล้ว ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 49 ปีลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษกร อินทวิชัย(52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พาบุตรมารักษาแผนกคลินิกเฉพาะโรค แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต MHI ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี แนวโน้มความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 24.63 และอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะ สุขภาพจิต ($P\text{-Value} > 0.05$, $r = 0.0100$) แสดงว่ามารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

จุมพล สมประสงค์ (53) สสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัด ของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 250 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ 28 ของ Goldberg ผลการศึกษาพบว่า อายุมี ความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินตนา กมลพันธุ์ (54) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน โดยใช้แบบวัด สุขภาพจิต SCL-90 ผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 17.4 ปัจจัยด้านอายุ ไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ศุกรี ศิริบูรณ (50) ศึกษาสุขภาพจิตของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก อายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ใช้แบบวัด GHQ-30 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.3 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ สภาวะสุขภาพจิตของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ($P\text{-value} = 0.345$) อายุแตกต่างกันมีสภาวะสุขภาพจิตไม่ แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงการที่บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนทาง สังคม ความเกื้อหนุนจากกลุ่มสมาชิกที่สมรสแล้ว (52) ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น เมื่อ เกิดความรู้สึกเครียด หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ คู่สมรสจะมีส่วนทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นคง

ปลอดภัย เกิดกำลังใจในการต่อสู้และเผชิญปัญหา ดังนั้นคู่สมรสจึงเปรียบเทียบแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนผู้ที่เป็นโรค หมายหายหรือร้าง มักจะอยู่เพียงลำพัง ขาดที่ปรึกษา ต้องตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ เพียงลำพัง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคคลที่สมรสแล้ว

ณัฐยา พรหมบุตร(55) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 380 คน เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตคือ GHQ 28 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มานพ ศิริมหาราช และคณะ(56) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-47 ปี ที่มาตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้แบบทดสอบ Self Rating Depression Scale (SDS) พบว่าผู้ป่วยอัมพาต มีอัตราซึมเศร้า ร้อยละ 12.26 และไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า กับสถานภาพสมรส

มธุรดา นันทแสง(57) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (การศึกษานำร่อง) กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิต Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินตนา กมลพันธุ์ (54) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 17.4 ภาวะสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษกร อินทวิชัย (52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Mental Health Index และใช้สถิติ t-test สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.05, r = 0.2518) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส หมายหาย แยก

4. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในด้านทั่ว ๆ ไป ของบุคคลที่ต้องการการดูแล รู้จักนำความรู้ และทักษะที่เคยมีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสและสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มากเมื่อเกิดภาวะเครียด

อุมา จันทวิเศษ (58) ศึกษาเรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติ พบว่าญาติที่มีการศึกษาแตกต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลแตกต่างกัน ญาติที่มีความรู้สูงจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากระดับการศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาตลอด การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ สำหรับผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา จะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา

สุชีรา ตั้งตระกูล (59) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความไว้วางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การศึกษามีผลต่อการปรับตัวเองของผู้ดูแลเพราะระดับการศึกษาของบุคคลแสดงให้เห็นความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านความรู้ ความมีเหตุผล ทักษะในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจที่ระมัดระวัง และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดู ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพ ศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ รู้จักแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยลดความเครียดได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ นอกจากนี้การศึกษายังจะมีโอกาสรับรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้อง

มณี อุประสิทธิ์ (60) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุตรของบิดามารดา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสนใจในสุขภาพและมีโอกาสเลือกรับบริการที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดลง

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (48) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ 60 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 37.9 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประถมศึกษา มัธยมศึกษาและสูงกว่ามัธยมศึกษา

บุษกร อินทวิชัย(52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่พาบุตรมารับการรักษาแผนกคลินิกเฉพาะโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน สภาวะสุขภาพจิต MHI ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก

ณัฐยา พรหมบุตร(55) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 380 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ 28 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด แต่เมื่อนำมาทดสอบความสัมพันธ์พบว่า สภาวะสุขภาพจิตกับระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภรี ศิริบุญรัตน์ (50) ศึกษาสุขภาพจิตของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก อายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ใช้แบบวัด GHQ-30 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.3 มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value = -0.0286)

5. อาชีพ

การประกอบอาชีพต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเนื่องมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากผู้มีการศึกษามากจะมีอาชีพ และรายได้ที่ดีด้วย จึงมีโอกาสทางสังคมมาก และสามารถเลือกใช้บริการที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ และเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

จินตนา กมลพันธุ์ (54) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ผลการศึกษาพบว่า อาชีพเกษตรกรรมมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคจิรา รัชตะสังข์(61) ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน

162 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต คือ Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) ผลการศึกษาพบว่า อาชีพก่อนและหลังการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐยา พรหมบุตร(55) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิต GHQ 28 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด คือ ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 48 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิรินุช เกื้อกุล(62) ศึกษาสุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจคลินิก วัยหมดประจำเดือน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 113 คน โดยใช้แบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า มาตรฐาน MADRS (The-Montgomery Asberg Depression Rating Scale) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 31 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ กับการเกิดอารมณ์เศร้า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. รายได้

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจ รายได้มีความสำคัญเพื่อใช้ในการตอบสนองของความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้ เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ หรือไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ต้องการ อาจทำให้ผู้นั้นเกิดความไม่ เป็นสุข ไม่สบายใจ หรืออาจก่อให้เกิดความคับข้องใจจนมีอาการทางจิตประสาทได้

สุชีรา ตั้งตระกูล (59) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงินและความเป็นอยู่ของบุคคลแตกต่างกัน รายได้จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงทางสังคม ผู้ที่มีรายได้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้จะเกิดความรู้สึกปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องวิตกกังวลกับปัญหา เศรษฐกิจในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คนที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะการรักษาโรค ซึ่งต้องใช้เวลารักษานานและค่ารักษาพยาบาลที่แพง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ สูญเสียความมั่นคงขาดหลักประกันในชีวิตและครอบครัวผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพเพราะต้องรับ บพบาทในการดูแลผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า บุคคลในครอบครัวต้องประกอบอาชีพ

และให้รายได้แก่ตน อาจมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีความสุขในชีวิต มีความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้50) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลใช้ประเมินสุขภาพจิต GHQ 28 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.3 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐยา พรหมบุตร(55) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 380 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิต GHQ 28 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 31.6 ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษกร อินทวิชัย(52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่พานบุตรมารับการรักษาคลินิกเฉพาะโรคแผนกผู้ป่วยนอก และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory) ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินตนา กมลพันธุ์ (54) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผู้กระทำบทบาทเป็นผู้ดูแลและกระทำบทบาทเป็นผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะเป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

Gaynor (11) กล่าวว่า ผู้ดูแลต้องมีภาวะสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดเวลาที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันทดแทน ดูแลในกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล เช่น การดูแลแผล การเคาะปอด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และยังคงต้องดูแลในกิจกรรมที่ฟื้นฟูสภาพร่างกาย

เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อ การฝึกพูด การฝึกเดิน ฯลฯ รวมถึงการต้องพาผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูสภาพจากแหล่งบริการต่าง ๆ เช่น หน่วยกายภาพบำบัด

Dring(63) กล่าวว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนัก ท้ายที่สุดนำไปสู่ความเบื่อหน่าย (burnout) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้ดูแลดังกล่าวมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

สุดศิริ หิรัญชุลนหะ (10) กล่าวว่าสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจถ้าผู้ดูแลที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตจะเป็นอุปสรรคและมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

ศุกรี ศิริบุญรัตน์(50) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต GHQ 30 ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้น ภาวะสุขภาพกายที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาธิสภาพที่สมองและมีผลทำให้ภาพประสาททำงานผิดปกติ ทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติตามมาด้วย เช่นผู้ป่วยเกิดกล้ามเนื้อแขนและขา อ่อนแรงครึ่งซีกมุมปากตก ความผิดปกติทางโครงสร้างทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง วิธีการดูแลผู้ป่วยจะเฉพาะเจาะจงและซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลที่มีความรู้และความสามารถ จะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (64)

ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลได้จากพยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพ เรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล นอกจากนี้สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เรียนรู้

จากอดีต วัฒนธรรมและประเพณี ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น การรับรู้ถึงความสามารถตนเองก็มีความสำคัญ เพราะความสามารถตนเองถือเป็นแรงจูงใจ (Motivation) ภายในที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังความสามารถที่เสริมอำนาจ (empower) ในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย (64)

Mowatz Laschinger (65) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเอง ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่สูญเสียความสามารถด้านความคิด พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้สมรรถภาพตนเองสูง จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่ากรดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียด และเป็นภาระของผู้ดูแล

9. การใช้สารเสพติด

ภคจิรา รัชตะสังข์(61) ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิต คือ (Thai-HADS) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา กาแฟหรือบุหรี่เป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

มธุรดา นันทแสง(57) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (การศึกษานำร่อง) กลุ่มตัวอย่าง 50 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิต (Thai-HADS) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การใช้สารเสพติดในช่วง 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และ/หรือ ภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ณภัทรวรรต บัวทอง(66) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน 261 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย

จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เป็นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสพการณ์และทักษะในการดูแล

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (67) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระะยะพักฟื้น

โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยิ่งนาน มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล ซึ่งง่ายในแต่ละวันมาก ผู้ดูแลก็จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์ (68) กล่าวว่า การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน มีผลทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลและมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีจำนวนเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมากทำให้เกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงการดูแลน้อย

11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีต

ประสบการณ์การดูแล หมายถึง ประสบการณ์ ทักษะ ความชำนาญ หรือการมีวิธีการดูแลที่ได้มาจากการประยุกต์การดูแล ดังนั้น ระยะเวลาที่ดูแลอาจช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถ ทำให้ลดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ยากและลำบากลงได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ในทางตรงข้ามระยะเวลาในการดูแลที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ดูแล เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด มีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง

Luckmann & Sorensen(69) กล่าวว่า ประสบการณ์ในอดีตเป็นศักยภาพของบุคคลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะนำวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีต มาใช้ในการแก้ปัญหา และหากไม่สำเร็จก็จะค้นหาวิธีใหม่ ทำให้บุคคลลดความรู้สึกตึงเครียด หรือความวิตกกังวลจากการดูแลได้

ปัจจัยด้านครอบครัว

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย

Orem (70) กล่าวว่า ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี สัมพันธภาพเป็นพื้นฐานของความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการ

ดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี เพื่อหน่วยรวมไปถึงพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (71)

Kramer (72) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ในกลุ่มภรรยาที่ดูแลสามีป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 72 คน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางลบก่อนการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความพึงพอใจในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วย และประวัติการสมรสร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลร้อยละ 14

Robinson (73) ศึกษาภรรยาผู้ดูแลสามีป่วยและมีความบกพร่องในด้านความนึกคิดและจิตใจ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ก่อนการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล และพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายภาวะการดูแลได้ร้อยละ 20 โดยผู้ดูแลที่ไม่มีความสุขในชีวิตสมรสรู้สึกว่าดูแลเป็นการกดดันตนเองและพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการดูแล มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการรับรู้ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีและความพึงพอใจในแหล่งประโยชน์ทางสังคมเป็นสิ่งบ่งชี้และทำนายผลการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแลและมองการดูแลว่าเป็นรางวัลที่ดี ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น เข้าใจถึงเป้าหมายและความหมายของชีวิต รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีประโยชน์

เพียงใจ ตีรไพวงศ์ (74) ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีก็รับรู้เป็นภาระในการดูแลน้อย มีผลทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี

2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิง โดยเฉพาะผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดาหรือบุตรสาว เนื่องจากสถานะของสังคมไทย จะกำหนดให้เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลงานบ้านและสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายจะเป็นผู้นำครอบครัวและหารายได้มาสนับสนุนครอบครัว

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช(75) จากการศึกษพบว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดาของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ เนื่องจากมารดาต้องทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว

ทุกคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม หากความวิตกกังวลมีมากขึ้น และถูกเก็บกดไว้นาน อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวชได้

จูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (76) จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยของผู้สมรส มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงฐานะการเงิน การเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกชอบ ต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว แทนผู้ป่วย และทำงานหารายได้หลัก และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลงก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับชีวิตคู่อย่างมาก และจากการศึกษาสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก หรือภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า โดดเดี่ยว สูญเสียและมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองและผู้อื่น

ปัจจัยด้านสังคม

1. การได้รับบริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care)

Lazarus & Folkmann (77) การได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม และการได้รับบริการจากบุคลากรที่มสุขภาพของโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ช่วยจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย

สุดศิริ หิรัญชุนณะ (10) จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลมากที่สุด อันได้แก่ ครอบครัว และแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านสังคมมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล จะมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

นันทพร ศรีนิม (13) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านล้วนแต่ประสบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ต้องเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลจากบุคลากรที่มสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทเป็นผู้นำให้การดูแลได้อย่างมีความสุขก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในขณะที่อยู่ที่บ้านดีขึ้นด้วย การได้รับความช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่มสุขภาพต่อความต้องการผู้ดูแลก็จะรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการดูแลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และมีสุขภาพจิตดีขึ้น

2. ผู้ช่วยเหลือในการดูแล

Coyne & DeLongis (78) การได้รับความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ในด้านการเงิน ช่วยเหลือในการดูแล หรือแนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหา ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น ให้โอกาสในการระบายความรู้สึก การปลอบใจ หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย จะช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

Dring (63) ผู้ดูแลที่ได้รับกำลังใจการเยี่ยมเยียน และการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากญาติสนิท เพื่อนบ้าน และที่สำคัญ ได้รับการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และยังลดภาระการดูแลอีกด้วย

นันทพร ศรีนิม (13) กล่าวว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือโดยตรงในการช่วยลดภาระจากการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลทุกรายต่างรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหนัก สร้างความเหนื่อยล้าแก่ตน โดยผู้ดูแลมักต้องการผู้ช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานจากบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวสนับสนุนจากครอบครัว การแบ่งเบาภาระงาน การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจกำลังกายและกำลังใจ จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ในการต่อสู้กับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

นภาพร ฤทธิวีรกุล (79) กล่าวว่า การมีผู้ช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ความเครียดจากการดูแลพบน้อย ร้อยละ 71 เนื่องจาก ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จึงเกิดความเครียดน้อยจากการดูแลผู้ป่วย

Given, et al (80) ศึกษาตัวทำนายภาระการดูแลของภรรยาผู้ป่วยสมองเสื่อมในฐานะผู้ดูแล จำนวน 78 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายหนึ่งที่ทำนายภาระการดูแล จากการอภิปรายผลพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยลง เนื่องจากการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะการดูแลให้ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต เกิดความตึงเครียด และความวิตกกังวลตามมา

Stommel & Kingey(81) ศึกษาคุณสมบัติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 232 ราย ศึกษากิจกรรมและปริมาณเวลาที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุตรและสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือดูแลจากบุตรสูงสุด เป็นผู้มีบุตรโต อายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน รองลงมาเป็นผู้ที่มีบุตรโตแต่อาศัยอยู่คนละบ้าน ส่วนที่มีบุตรยังเล็ก (อายุต่ำกว่า 19 ปี) จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรน้อยที่สุด ส่วนผู้ที่มีบุตรเล็กมา (อายุต่ำกว่า 10 ปี) จะได้รับการช่วยเหลือทดแทนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีบุตรเล็กมาก ทำให้

สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกถึงภาระหน้าที่ที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ สำหรับผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง จะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด

McLean คณะ (82) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ผู้ดูแลยังต้องการความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและต้องการเข้าใจถึงความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันต้องการการช่วยเหลือ แนะนำวิธีการดูแล การแก้ปัญหาความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาจากพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเสริมพลังอำนาจ (Power resource) หรือลดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ให้กับผู้ดูแลอีกด้วย แรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีการแก้ปัญหา ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในตัวเองและอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง (Self-confidence and Self-control) ผู้ดูแลสามารถคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นปัจจัยด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย และยังป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการดูแลผู้ป่วยด้วย

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแลที่มีผลต่อการพัฒนาความชำนาญในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น

Venters Cited & Baker(83) พบว่า เมื่อสิ้นสุดปีแรกของการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง มารดาผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังจะมีความเครียดลดลงสามารถดูแลบุตรได้ ไม่สับสนแสดงถึงว่ามารดามีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น

Williamson & Schulz (84) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลวัดในครั้งแรกและวัดหลังจากการวัดครั้งแรก 6 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลในครั้งแรกและครั้งหลังมีค่าใกล้เคียงกัน ใน

ขณะเดียวกันพบว่าระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดภาวะตั้งเครียดขึ้นได้

บุษกร อินทวิชัย (52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ที่พาบุตรมารับการรักษาคลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต MHI ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (76) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาคลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต MHI ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (67) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยาวนาน ผู้ดูแลก็ยิ่งจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดี ไม่มีความรู้สึกเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ไม่รู้สึกเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี

สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (85) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยระยะเวลานานมากขึ้น การดูแลที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ความหวังลดลง เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

2. ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

สุทธิชัย จิตพันธ์กุล (86) กล่าวว่า การบกพร่องของผู้ป่วยเป็นสิ่งสะท้อนถึงภาระพึ่งพาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องมากย่อมมีภาระการพึ่งพามาก ดังนั้น ภาระการพึ่งพาของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วย

McFall & Miller (87) กล่าวว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยมากจะมีผลทำให้ผู้ดูแลถูกจำกัดทางสังคมมากขึ้น การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลจะมากด้วย

Wallhagen (88) ศึกษาความต้องการการดูแล ความยากลำบากและผลกระทบ ต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 30 ราย โดยการสัมภาษณ์ว่า ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ซึมเศร้าและความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยิ่งผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีแนวโน้มที่จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลมีความซึมเศร้าและความเครียดสูง

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (89) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 104 ราย พบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามมาก จะมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะมากขึ้น ระดับการพึ่งพามากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรับรู้ถึงภาวะของผู้ดูแลสูง

3. RANKIN SCALE

เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของโรค คะแนน 0-5 คะแนน ที่ต่ำ (0) หมายถึง ไม่มีความผิดปกติเลย คะแนนที่สูง (5) หมายถึง ผู้ป่วยมีความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ซึ่งสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เป็นภาระในการดูแลมาก แต่ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี เกิดการเรียนรู้และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปกติ โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีขึ้นได้

ชะไมพร ธรรมวาสี (90) ศึกษาความเครียดของพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อน ที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน โดยใช้แบบมาตรฐาน QRS-SF เพื่อวัดความเครียดในพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนในระดับวัยเด็กตอนต้น จนถึงวัยรุ่นตอนปลาย ในโรงเรียนราชานุกูล โรงเรียนปัญญาคุณากร และสถาบันแสงสว่าง พบว่า ความเครียดของพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อนที่มีความรุนแรงมาก จะมีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อนที่มีความรุนแรงน้อยกว่าและความเครียดของพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนเพศหญิงกับพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนเพศชาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

4. ภาวะแทรกซ้อน

อรรถพร ทองแดง (91) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากมีปัญหาลักษณะการพิการหลงเหลืออยู่และก่อให้เกิดภาวะการดูแลแก่ผู้ดูแลแล้ว ยังพบว่า การมีปัญหาลักษณะแทรกซ้อน โดยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการเกิดแผลกดทับ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีข้อจำกัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดทางอารมณ์ เพิ่มขึ้น

Atkinson (92) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ นอกจากนี้ยังต้องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่งโดยการดูดเสมหะ ล้างท่อหายใจ (inner tube) ทำแผลรอบท่อ เคาะปอด เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้นในการดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ได้

5. ภาระในการดูแลผู้ป่วย

รุจา ภูไพบูลย์ (93) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองทรุดโทรมมากขึ้น ส่วนเวลาที่ใช้ในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ การดำเนินชีวิตประจำวันจะเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เวลาสำหรับทำกิจกรรมในเวลาว่างลดลง ทำให้เกิดความเครียดและความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลสร้างความยากลำบากต่อตนเองมาก จึงเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจสำหรับผู้ดูแลซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องมาก จะทำให้ภาระของผู้ดูแลมากตามไปด้วย มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดและเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

Evan Bishop & Qusley (94) ศึกษาผลกระทบการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการด้านร่างกายต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 217 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาทางร่างกาย

ศุกรี ศิริบุญ (50) จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.7 ระดับน้อย 18.7 และระดับมาก ร้อยละ 15.6 ปัจจัยเรื่องความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive study)

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติ โดยอาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว แต่นับรวมหญิงรับใช้ ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน การดูแลในแต่ละวันไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/วัน ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Simple Size) (95)

$$N = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง เมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

p = สัดส่วนความชุกของภาวะ Anxiety ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อ้างอิงในการศึกษาของ Blake H. และคณะ(30) = 0.78)

q = 1 - p = 0.22

d = acceptable error = 0.1

(Maximum permissible error = .1 x p) = 0.078

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.78) (0.22)}{(0.078)^2}$$

$$= 108 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับ 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การได้รับบริการดูแลต่อที่บ้าน (Home Health Care)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกคำตอบจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และอ้างอิงจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาการ

เจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อน RANKIN SCALE การติดต่อสื่อสาร สภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร การปัสสาวะ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ Barthel ADL Index เป็นส่วนที่ใช้ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุม การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0-4 คะแนน Total dependence

5-8 คะแนน Severely dependence

9-11 คะแนน Moderate severe dependence

12 คะแนน Mildly severe dependence

แบบประเมินส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory) ของ RAND Health Insurance Experiment โดย (Viet & Ware, 1983) (20) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น สำหรับบุคคลทั่วไป ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ(96) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและแบบวัดสุขภาพจิตนี้ประกอบด้วย ความผาสุกของจิตใจ หรือสุขภาพจิตด้านบวก (Psychological well-being) และความเศร้ากังวลทางด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านลบ (Psychological distress) โดยสุขภาพจิตในแต่ละด้านจะมีองค์ประกอบย่อย ๆ อีก สุขภาพจิตด้านบวกมีองค์ประกอบย่อยอีก 3 หมวด คือ หมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป หมวดความผูกพันทางอารมณ์และความพึงพอใจในชีวิต ส่วนสุขภาพจิตด้านลบมีองค์ประกอบย่อย 3 หมวด คือ หมวด อาการวิตกกังวล หมวด อารมณ์ซึมเศร้า และหมวดการสูญเสีย การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ แบบสอบถาม MHI จะช่วยทำให้การวัดสุขภาพจิต (Mental Health) มองเห็นได้ชัดเจน และครอบคลุมสภาวะทางจิตอื่น ๆ มากขึ้น ไม่ใช่มองเฉพาะด้านปัญหา / ภาวะเศร้า เสียใจอย่างเดียว จำนวนข้อคำถามในการวัดสุขภาพจิตมีทั้งหมด 38 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพจิตด้านบวก (Psychological well-being) มีข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ มีองค์ประกอบย่อย 3 หมวด คือ

1.1 หมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป (General Positive Affect)

1.2 หมวดความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Ties)

1.3 หมวดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

2. สุขภาพจิตด้านลบ (Psychological distress) มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีองค์ประกอบย่อย 3 หมวด คือ

2.1 หมวดอาการวิตกกังวล (Anxiety)

2.2 หมวดอารมณ์ซึมเศร้า (Depression)

2.3 หมวดการสูญเสีย การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ (Loss of behavioral / emotional control)

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 36 ข้อ และมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 2 ข้อ ตามต้นฉบับหลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาทำการคิดคะแนนตามคู่มือ การคิดคะแนนลักษณะคำตอบมีตั้งแต่ตลอดเวลาจนถึงไม่เคยเลย โดยให้ผู้ตอบตอบตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนนสุขภาพจิต ตามต้นฉบับ ไว้ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับคะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่อยู่ในหมวดสุขภาพจิตด้านบวก (Psychological well-being)

ข้อคำถาม 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34, 37

คำตอบ

(1) ตลอดเวลา	คะแนนเท่ากับ 6
(2) เกือบตลอดเวลา	คะแนนเท่ากับ 5
(3) มี / เกิดขึ้น (บ่อย)	คะแนนเท่ากับ 4
(4) บางเวลา	คะแนนเท่ากับ 3
(5) ส่วนน้อย	คะแนนเท่ากับ 2
(6) ไม่เคยเลย	คะแนนเท่ากับ 1

ข้อคำถามที่อยู่ในหมวดสุขภาพจิตด้านลบ (Psychological distress)

ข้อคำถาม 2, 3, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38

คำตอบ

(1) ตลอดเวลา	คะแนนเท่ากับ 1
(2) เกือบตลอดเวลา	คะแนนเท่ากับ 2
(3) มี / เกิดขึ้น (บ่อย)	คะแนนเท่ากับ 3
(4) บางเวลา	คะแนนเท่ากับ 4
(5) ส่วนน้อย	คะแนนเท่ากับ 5

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะทางเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง 30 ธันวาคม 2547
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด
4. ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้และอธิบายวิธีสัมภาษณ์การตอบแบบสอบถามจนผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยในใบยินยอมให้ทำการวิจัยจากผู้ป่วยและญาติก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
7. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS for Window และนำข้อมูลไปอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในอดีต ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย สถานภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

1.3 วิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) การได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

1.4 วิเคราะห์ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL (Barthel Index) Rankin Scale ภาวะแทรกซ้อน ภาวะในการดูแล ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

1.5 วิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวมทั้ง 6 ด้าน ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด (Minimum) และค่าคะแนนสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน

วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต

2.1 การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามปัจจัยตัวแปรต้นที่แบ่งเป็นสองกลุ่ม

2.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่แบ่งมากกว่าสองกลุ่มขึ้นไป

2.3 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

2.4 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) โดยใช้เทคนิค เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 110 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
ปัจจัย ด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 แสดงคะแนนสุขภาพจิต
- 2.1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2.2 แสดงคะแนนของภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้าน และโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย
- ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

1.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล** ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 1
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	26.4
หญิง	81	73.6
อายุ		
< 40 ปี	25	22.7
41 – 60ปี	65	59.1
> 60 ปี	20	18.2
(Mean = 48.15, Min = 17, Max = 78, SD = 13.55)		
ศาสนา		
พุทธ	102	92.8
อิสลาม	5	4.5
คริสต์	3	2.7
สถานภาพสมรส		
โสด	42	38.2
คู่	60	54.5
หม้าย / หย่า / แยก	8	7.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	3.6
ประถมศึกษา	29	26.4
มัธยมศึกษา	30	27.3
อนุปริญญา	13	11.8
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	34	30.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	58.2
เกษตรกรรวม	6	5.5
ค้าขาย	12	10.9
รับจ้าง	15	13.6
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	13	11.8
รายได้ก่อนการเจ็บป่วย/เดือน		
< 5,000 บาท	60	54.5
5,001-15,000 บาท	26	23.6
>15,000 บาท	24	21.9
(Mean = 9,832, Min = 0, Max = 70,000)		
รายได้หลังการเจ็บป่วย/เดือน		
< 5,000 บาท	64	58.2
5,001-15,000 บาท	28	25.4
>15,000 บาท	18	16.4
(Mean = 8,595, Min = 0, Max = 60,000)		
รายได้รวมของครอบครัว/เดือน		
< 5,000 บาท	27	24.5
5,001-15,000 บาท	43	39.1
>15,000 บาท	40	36.4
(Mean = 19,163, Min = 0, Max = 150,000)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	27	24.6
ไม่เพียงพอ	83	75.4
สิทธิของการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย		
เบิกได้	65	59.1
เบิกไม่ได้ (ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย)	45	40.9
- ผู้ดูแล	19	42.22
- บุตร	23	51.11
- พี่น้อง	3	6.67
ประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว		
ไม่มี	74	67.3
มี	36	32.7
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดัน	18	16.4
เบาหวาน	15	13.6
หัวใจ	7	6.4
ไทรอยด์	6	5.5
Migrine	3	2.7
ปวดข้อเข่า	3	2.7
มะเร็ง	2	1.8
หอบหืด	2	1.8
ไต	1	0.9
โรคหลอดเลือดสมอง	1	0.9
ภาวะซีด	1	0.9
กระเพาะอาหาร	1	0.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวช		
ไม่มี	109	99.1
มี	1	0.9
ปัญหาสุขภาพภายหลังการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ไม่มี	64	58.2
มี	46	41.8
- ความเครียด	35	31.8
- ปวดเอว, ปวดหลัง	24	21.8
- นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ	18	16.4
- เจ็บคอ(พูดเสียงดังมากขึ้น)	1	0.9
- ความจำลดลง	1	0.9
บุคคลในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	109	99.1
มี	1	0.9
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต		
ไม่มี	98	89.1
มี	12	10.9
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	34	30.9
มี	76	69.1
แหล่งความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	51	46.4
พยาบาล	46	41.8
บุคลากรที่มีสุขภาพ	40	36.4
หนังสือ	14	12.7
ครอบครัว	4	3.6
โบสท์	3	2.7
ตัวเอง(เป็นพยาบาล)	3	2.7
โทรทัศน์	1	0.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน		
≤ 6 ชั่วโมง	27	24.5
> 6 – 12 ชั่วโมง	14	12.7
> 12 ชั่วโมง	69	62.8
การใช้สารเสพติด (สูบบุหรี่, ดื่มแอลกอฮอล์)		
ไม่มี	97	88.2
มี	13	11.8
ประเภท		
บุหรี่	4	30.78
แอลกอฮอล์	2	15.38
ทั้ง 2 อย่าง	7	53.84
การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยานอนหลับ ยาคลายเครียด		
ไม่มี	98	89.1
มี	12	10.9

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.6 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.1 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48.15 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 58.2 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ <5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 58.2 ตามลำดับ สำหรับรายได้รวมของครอบครัว อยู่ในระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.4 สำหรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 59.1 ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนมากไม่มีประวัติการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 67.3 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 99.1 สำหรับปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา คิดเป็นร้อยละ 58.2 การเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว ส่วนมากไม่มี คิดเป็นร้อยละ 99.1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต คิดเป็น 89.1 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 69.1 จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันส่วนใหญ่ > 12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 62.8 สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 88.2 และไม่มีการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 89.1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา – มารดา	4	3.6
บุตร	62	56.4
คู่สมรส	29	26.4
พี่น้อง	5	4.5
อื่น ๆ	10	9.1
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย		
ดี	104	94.5
ไม่ดี	6	5.5
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ไม่มี	45	40.9
มี	65	59.1
บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุตร	19	17.3
พี่น้อง	18	16.4
หลาน	10	9.1
คู่สมรส	8	7.3
อื่น ๆ	10	9.1

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมาคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 26.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดี คิดเป็นร้อยละ 94.5 ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.5 ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนมากมี คิดเป็นร้อยละ 59.1 ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 40.9 บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ บุตร พี่น้อง หลาน คู่สมรส และเด็กศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย และลูกสะใภ้

1.3 ปัจจัยด้านสังคม ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
การได้รับการบริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care)		
ได้รับ	37	33.6
ไม่ได้รับ	73	66.4
การได้รับคำแนะนำ คอยให้การช่วยเหลือ กำลังใจจากครอบครัว ญาติ เพื่อน		
ไม่มีเลย	33	30.0
มีปานกลาง	26	23.6
มีมากพอสมควร	51	46.4

จากตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยได้รับการบริการการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care) ได้รับบริการ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ไม่ได้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 66.4 สำหรับการได้รับคำแนะนำ คอยให้การช่วยเหลือ กำลังใจ จากครอบครัว ญาติ ส่วนใหญ่มีมากพอสมควร จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.4 ไม่มีเลย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และ มีปานกลาง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6

1.4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละจำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย		
เป็นหัวหน้าครอบครัวทำงานหารายได้หลัก	31	28.3
เป็นสมาชิกในครอบครัวทำงานหารายได้	17	15.3
เป็นสมาชิกในครอบครัวแต่ไม่ได้ทำงาน	62	56.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
3 - 6 เดือน	33	30.0
>6 เดือน - 2 ปี	40	36.4
> 2 - 5 ปี	26	23.6
> 5 ปี	11	10.0
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย		
ไม่รู้สึกตัว	10	9.1
รู้สึกตัวแต่สับสน	32	29.1
รู้สึกตัวดี	68	61.8
ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	92	83.6
มี	18	16.4
โรคที่พบ		
ปอดติดเชื้อ	9	
ไต	7	
เบาหวาน	6	
แผลกดทับ	5	
หัวใจ	2	
ทางเดินอาหาร (ท้องเสีย)	2	
จำเลือด / เลือดออกง่าย	2	

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
Rankin Scale		
ระดับ 1	8	7.3
ระดับ 2	15	13.7
ระดับ 3	27	24.5
ระดับ 4	26	23.6
ระดับ 5	34	30.9
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
Total dependence	30	27.3
Severely dependence	14	12.7
Moderate severe dependence	21	19.1
Mildly severe dependence	45	40.9
สภาพร่างกาย		
แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย	44	40
แขนขาอ่อนแรงซีกขวา	43	39.1
แขนขาอ่อนแรงทั้งซีกขวาและซ้าย	23	20.9
การติดต่อสื่อสาร		
พูดไม่ได้	20	18.2
พูดได้	90	81.8
ปกติ	35	
ซ้ำแต่ไม่ชัด	16	
ซ้ำและไม่ชัด	39	
การรับประทานอาหาร		
สายยาง	15	13.6
รับประทานอาหารเอง	66	60.0
ป้อน	29	26.4

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 110	ร้อยละ
การปัสสาวะ		
ปัสสาวะเอง	105	95.5
ใส่สายสวนปัสสาวะ	3	2.7
สวนปัสสาวะ	2	1.8
ภาวะในการดูแลผู้ป่วย		
มาก	70	63.6
ปานกลาง	26	23.6
ไม่เป็นภาวะ	14	12.8

จากตารางที่ 4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือ 3 เดือนมากที่สุดคือ 25 ปี เฉลี่ย 31.71 เดือน ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ส่วนมากรู้สึกตัวดี คิดเป็นร้อยละ 61.8 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไม่มี คิดเป็นร้อยละ 53.6 มี คิดเป็นร้อยละ 16.4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ โรคปอดติดเชื้อ Rankin Scale ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 30.9 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) ส่วนมากอยู่ในระดับ Mildly severe dependence คิดเป็นร้อยละ 40.9 สภาพร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ แขนขา อ่อนแรงซีกซ้าย คิดเป็นร้อยละ 40 การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยสามารถพูดได้ คิดเป็นร้อยละ 81.8 พูดได้แต่ช้าและไม่ชัด พบมากที่สุด 31 คน คิดเป็นร้อยละ 41.78 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารได้เอง คิดเป็นร้อยละ 60 สำหรับการปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง คิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนภาวะในการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า เป็นภาวะมาก และมีเวลาส่วนตัวลดลงมาก คิดเป็นร้อยละ 63.6

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของภาวะสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของภาวะสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดี (คะแนนสูงหรือเท่ากับ 137.30)	56	50.9
สุขภาพจิตไม่ดี (คะแนนต่ำกว่า 137.30 คะแนน)	54	49.1
รวม	110	100

Mean = 137.30, Minimum = 59, Maximum = 192, SD. = 29.09

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 สุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 คะแนนสุขภาพจิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 137.30 คะแนน (Mean = 137.30) คะแนนต่ำสุด 59 คะแนน คะแนนสูงสุด 192 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.09

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนของภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้านและโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะสุขภาพจิต (N = 110 คน)	Min	Max	Mean	SD
สุขภาพจิตด้านลบ	37.00	129.00	94.00	19.81
หมวดอาการวิตกกังวล (Anxiety)	16.0	53.00	37.56	8.97
หมวดอารมณ์ซึมเศร้า (Depression)	5.00	23.00	16.00	4.61
หมวดการสูญเสีย การควบคุมพฤติกรรมและ อารมณ์ (Loss of behavioural / emotion control)	13.00	53.00	40.43	7.59
สุขภาพจิตด้านบวก	14.00	69.00	43.00	10.94
หมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป (General Positive Affect)	11.00	54.00	31.38	9.11
หมวดความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Ties)	2.0	12.00	8.79	2.91
หมวดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)	1.00	6.00	3.13	1.13
รวม	59.00	192.00	137.30	29.09

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตด้านลบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.81 คะแนนต่ำสุด 37.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 129.00คะแนน โดยหมวดอาการวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.97 หมวดอารมณ์ซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.61 หมวดการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 สุขภาพจิตด้านบวก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.94 คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 69 คะแนน โดยหมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.11 หมวดความผูกพันทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.91 หมวดความพึงพอใจในชีวิต คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.13

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน		t	df	P-value
		สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.			
เพศ						
ชาย	29	147.00	28.53	2.126	108	0.036*
หญิง	81	133.83	28.67			
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	27	151.22	24.79	2.963	108	0.004**
ไม่เพียงพอ	83	132.77	29.07	3.215		
การเบิกค่ารักษาพยาบาล						
เบิกได้	65	136.57	30.86	0.315	108	0.753
เบิกไม่ได้	45	138.36	28.02	0.310		
ประวัติการมีโรคประจำตัว						
มี	36	129.89	31.26	1.803	108	0.62
ไม่มี	74	140.97	27.47	1.885		
ปัญหาสุขภาพภายหลังการดูแลผู้ป่วย						
มี	46	123.67	29.84	4.375	108	0.001**
ไม่มี	64	147.09	24.39	4.521		
ความเครียด						
มี	35	119.97	31.91	4.195	108	0.001**
ไม่มี	75	145.39	23.88	4.655		
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต						
มี	12	137.92	28.83	-0.78	108	0.938
ไม่มี	98	137.22	29.27	-0.77		

* p < 0.05

** p < 0.01

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน		t	df	P-value
		สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย						
มี	76	139.41	27.30	-1.062	108	0.258
ไม่มี	34	132.59	32.67	-1.138		
การใช้สารเสพติด						
มี	13	145.38	25.10	-1.209	108	0.228
ไม่มี	97	136.22	29.53	-1.068		
การใช้นานอนหลับ / ยาคลายเครียด						
มี	12	115.50	31.64	2.561	108	0.005**
ไม่มี	98	139.97	27.77	2.838		

** p < 0.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพศต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเพศชายจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่า เพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ กลุ่มที่มีความเพียงพอของรายได้ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้

กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพกายภายหลังการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกายภายหลังการดูแลผู้ป่วย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีความเครียด จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้และไม่ใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยา

ส่วนปัจจัยประวัติมีโรคประจำตัว การเบิกค่ารักษาพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน		F	P-value
		สุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	SD.		
อายุ					
< 40 ปี	25	137.96	22.74	0.014	0.986
41-60 ปี	65	137.29	30.85		
60 ปีขึ้นไป	20	136.50	31.53		
สถานภาพสมรส					
โสด	42	139.19	25.38	0.649	0.524
คู่	60	137.43	29.70		
หม้าย / หย่า / แยก	8	126.38	42.57		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	33	117.24	25.25	12.504	0.001**
มัธยมศึกษา	30	138.53	29.47		
อนุปริญญา	13	138.85	15.79		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	34	155.89	24.34		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	132.44	29.13	3.359	0.013*
เกษตรกร	6	129.17	13.01		
ค้าขาย	12	150.42	28.79		
รับจ้าง	15	132.07	29.98		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	13	158.92	21.94		
รายได้ก่อนการเจ็บป่วย/เดือน					
< 5,000 บาท	60	128.33	28.30	9.142	0.001**
5,001-15,000 บาท	26	140.81	22.41		
> 15,000 บาท	24	155.92	28.71		

* p < 0.05

** p < 0.01

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	SD.	F	P-value
รายได้หลังการเจ็บป่วย/เดือน						
< 5,000	บาท	64	129.56	28.91	11.36	0.001**
5,001-15,000	บาท	28	138.18	24.37		
> 15,000	บาท	18	163.44	20.86		
รายได้รวมของครอบครัว/เดือน						
< 5,000	บาท	27	123.93	27.03	6.449	0.001**
5,001-15,000	บาท	43	130.47	29.10		
> 15,000	บาท	40	153.68	22.72		
เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้						
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย (45 คน)						
	ตัวผู้ดูแล	19	139.05	35.08	0.54	0.950
	บุตร	23	138.52	29.82		
	ญาติ	3	132.67	6.43		
จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละวัน						
≤ 6	ชั่วโมง	27	151.85	23.44	7.031	0.001**
6-12	ชั่วโมง	14	146.21	28.34		
> 12	ชั่วโมง	69	129.79	28.90		

** p< 0.01

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้รับการศึกษา / ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุศึกษา	ปริญญาตรี
ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	117.24	-			
มัธยมศึกษา	138.53	0.001**	-		
อนุศึกษา	138.85	0.011*	0.970	-	
ปริญญาตรี	155.09	0.001**	0.010*	0.052	-
*p<0.05		**p<0.01			

ตารางที่ 10 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

อาชีพ	Mean	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย	รับจ้าง	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	132.44	-				
เกษตรกร	129.17	0.784	-			
ค้าขาย	150.42	0.043*	0.131	-		
รับจ้าง	132.07	0.963	0.830	0.093	-	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	158.92	0.002**	0.033*	0.448	0.130	-
*p<0.05		**p<0.01				

ตารางที่ 11 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ก่อนการเจ็บป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

รายได้ก่อนการเจ็บป่วย/เดือน	Mean	< 5,000 บาท	5,000-15,000 บาท	>15,000 บาท
< 5,000 บาท	128.33	-		
5,001-15,000 บาท	140.81	0.053	-	
> 15,000 บาท	155.92	0.001**	0.052	-

**p<0.01

ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้หลังการเจ็บป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

รายได้หลังการเจ็บป่วย/เดือน	Mean	<5,000 บาท	5,000-15,000 บาท	>15,000 บาท
< 5,000 บาท	129.56	-		
5,001-15,000 บาท	138.18	0.157	-	
> 15,000 บาท	163.44	0.001**	0.002**	-

**p<0.01

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้รวมของครอบครัวแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

รายได้รวมการเจ็บป่วย/เดือน		Mean	<5,000 บาท	5,000-15,000 บาท	>15,000 บาท
< 5,000	บาท	123.93	-		
5,001-15,000	บาท	153.68	0.316	-	
> 15,000	บาท	160.47	0.001**	0.001**	-

**P<0.01

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย	Mean	< 6 ชั่วโมง	6-12 ชั่วโมง	> 12 ชั่วโมง
≤ 6 ชั่วโมง	151.85	-		
> 6-12 ชั่วโมง	146.21	0.536	-	
> 12 ชั่วโมง	129.80	0.001**	0.045*	-

* p<0.05

**p<0.01

จากตารางที่ 8-14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษา รายได้ก่อนและหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รายได้รวมของครอบครัว และจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ และเมื่อทดสอบความแตกต่าง รายคู่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่า
 กลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นมัธยมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาพจิตสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่ม
 ตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วย >15,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ < 5,000 บาท/เดือน

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้หลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและรายได้รวมของครอบครัว > 15,000
 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001-15,000 บาทและ
 < 5,000 บาท/เดือน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย ≤ 6 ชั่วโมง /วัน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต
 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วย >6-12 ชั่วโมง/วัน และ > 12 ชั่วโมง/วัน ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.	t	df	P-value
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย						
ดี	104	137.75	23.43	-0.826	108	0.502
ไม่ดี	6	129.50	29.41	-0.674		
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย						
มี	65	147.52	24.51	-4.721	108	0.001**
ไม่มี	45	122.53	29.07	-4.869		

** p < 0.01

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดีและไม่ดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ กลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาพจิตกับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านครอบครัว	ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต			F	P-value
	จำนวน (คน)	ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	SD.		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บิดา – มารดา	4	142.50	39.61	4.141	0.008**
บุตร	62	145.06	26.85		
คู่สมรส	29	126.97	28.93		
ญาติและอื่น ๆ	15	123.80	27.33		

** p < 0.01

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านครอบครัวระหว่างกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	Mean	บิดา-มารดา	บุตร	คู่สมรส	ญาติและอื่น ๆ
บิดา-มารดา	142.50	-			
บุตร	145.06	0.859	-		
คู่สมรส	126.97	0.299	0.005**	-	
ญาติและอื่น ๆ	123.80	0.236	0.009**	0.722	-

**p<0.01

จากตารางที่ 16 และ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตร มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่สมรส และญาติ เช่น พี่น้อง หลาน ลูกสะใภ้ ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3 ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.	t	df	P-value
การได้รับการดูแลต่อเรื่องที่ บ้าน (Home Health Care)						
ได้รับ	37	135.05	30.15	.565	108	0.567
ไม่ได้รับ	73	138.44	28.68	.575		

ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านสังคม	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	SD.	F	P-value
การได้รับคำแนะนำ คอยให้ การช่วยเหลือ กำลังใจ จาก ครอบครัว ญาติ เพื่อน					
ไม่มีเลย	33	122.85	33.65	6.407	0.002**
มีปานกลาง	26	142.77	22.03		
มีมากพอสมควร	51	143.86	26.08		

** p<0.01

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่มีการได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือ กำลังใจจากครอบครัว ญาติ เพื่อน แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

การได้รับคำแนะนำ	Mean	ไม่มีเลย	มีปานกลาง	มีมาก พอควร
ไม่มีเลย	122.85	-		
มีปานกลาง	142.77	0.007	-	
มีมากพอควร	143.86	0.001**	0.870	-

**p<0.01

จากตารางที่ 18-20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำการช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี Social Support มากพอสมควร และปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเลยตามลำดับ

ส่วนปัจจัยการได้รับการบริการดูแลต่อที่บ้าน (Home Health Care) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 21 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.	t	df	P-value
ภาวะแทรกซ้อน						
มี	18	148.06	28.31	-1.756	108	0.086
ไม่มี	92	135.19	28.92	-1.731		
การติดต่อสื่อสาร						
พูดได้	90	135.99	28.92	0.982	108	0.318
พูดไม่ได้	20	143.20	29.87	1.003		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	SD.	F	P-value
สถานภาพในครอบครัวของ					
ผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย					
หัวหน้าครอบครัว	31	130.68	29.62	2.280	0.107
ทำงานหารายได้	17	130.59	30.74		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	142.45	28.06		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					
3 - 6 เดือน	42	133.12	29.27	3.023	0.043*
> 6 เดือน - 2 ปี	31	131.77	26.62		
> 2 ปี	37	146.68	29.31		
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
Total dependence	30	132.03	34.55	0.696	0.556
Severely dependence	14	143.21	24.86		
Moderate severe dependence	21	134.95	21.09		
Mildly severe dependence	45	140.07	29.74		
Rankin Scale					
ระดับ 1	8	159.13	26.17	2.387	0.056
ระดับ 2	15	148.80	24.41		
ระดับ 3	27	131.19	26.81		
ระดับ 4	26	131.58	28.71		
ระดับ 5	34	136.32	31.19		
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย					
ไม่รู้สึกตัว	10	140.20	31.12	0.061	0.941
รู้สึกตัวแต่สับสน	32	136.50	29.81		
รู้สึกตัวดี	68	137.25	28.88		

*p<0.05

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน	SD.	F	P-value
		สุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง			
สภาพร่างกาย					
แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย	44	143.84	32.13	1.894	0.156
แขนขาอ่อนแรงซีกขวา	43	132.58	25.53		
แขนขาอ่อนแรงทั้งซีกขวาและซ้าย	23	133.61	28.07		
การรับประทานอาหาร					
สายยาง	15	144.40	28.96	1.607	0.205
รับประทานอาหารเอง	66	139.08	29.27		
ป้อน	29	129.59	28.11		
ภาระในการดูแลผู้ป่วย					
มาก	70	132.14	28.93	3.161	0.046*
ปานกลาง	26	145.73	28.39		
ไม่เป็นภาระ	14	147.43	26.60		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 21 และ 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและภาระในการดูแลแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนปัจจัยภาวะแทรกซ้อน การติดต่อสื่อสาร สถานภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) Rankin Scale ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

ระยะเวลาการเจ็บป่วย	Mean	≤ 6 เดือน	> 6 เดือน-2 ปี	> 2 ปี
≤ 6 เดือน	133.12	-		
> 6 เดือน-2 ปี	131.77	0.843	-	
> 2 ปี	146.68	0.038 *	0.034*	-

* p<0.05

ตารางที่ 24 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ LSD

ภาวะการดูแล	Mean	มาก	ปานกลาง	ไม่เปลี่ยนแปลง
มาก	132.14	-		
ปานกลาง	145.73	0.070	-	
ไม่เป็นภาวะ	147.43	0.041*	0.858	-

* p<0.05

จากตารางที่ 23 และ 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย > 2 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 6 เดือน และ > 6 เดือน - 2 ปี ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการดูแลไม่เป็นภาวะ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้การดูแลเป็นภาวะมาก

ส่วนที่ 4 **ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ**
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 25 **แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณของภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วย**
โรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปร	B	t	Sig
ค่าคงที่ (Constant)		21.788	0.000
เพศ (ชาย = 1)	0.172	2.051	0.043*
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี/สูงกว่า = 1)	0.250	2.914	0.004**
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (มี = 1)	0.237	2.623	0.010*
การได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือจากครอบครัว (มี = 1)	0.185	2.060	0.042*
ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (> 2 ปี = 1)	0.208	2.510	0.010*

$R^2 = 0.315$

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 25 พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตมี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติและเพื่อน (Social Support) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (มีผลทางบวก) โดยร่วมกันอธิบายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 31.5 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัวญาติและเพื่อน (Social Support) และเพศ ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Study) ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติ โดยอาศัยภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว แต่ไม่นับรวมหญิงรับใช้ ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 110 คน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ Barthel Index ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินสุขภาพจิต MHI (Mental Health Inventory) ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม - 30 ธันวาคม 2547 รวม 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test และการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวน One-way ANOVA และในกรณีที่พบว่าค่าความแปรปรวนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ LSD และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้วย Multiple Linear Regression Analysis

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านครอบครัว ด้านสังคม และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย มีดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 73.6 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.1 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48.15 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 58.2 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ <5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 58.2 ตามลำดับ สำหรับรายได้รวมของครอบครัว อยู่ในระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากมีความเพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 52.7 สำหรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 59.1 ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนมากไม่มีประวัติการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 67.3 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 99.1 สำหรับปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา คิดเป็นร้อยละ 58.2 การเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว ส่วนมากไม่มี คิดเป็นร้อยละ 99.1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต คิดเป็น 89.1 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 69.1 จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันส่วนใหญ่ >12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 62.8 สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 88.2 และไม่มีการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 89.1

1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

พบว่า สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมาคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 26.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดี คิดเป็นร้อยละ 94.5 ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.5 ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนมากมี คิดเป็นร้อยละ 59.1 ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 40.9 บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ บุตร พี่น้อง หลาน คู่สมรส และเด็กศูนย์บริการดูแลผู้ป่วย และลูกสะใภ้

1.3 ปัจจัยด้านสังคม

พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่บ้าน (Home Health Care) ได้รับการบริการ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ไม่ได้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 66.4 สำหรับการได้รับ

คำแนะนำ คอยให้การช่วยเหลือ กำลังใจ จากครอบครัว ญาติส่วนใหญ่มีมากพอสมควร จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.4 ไม่มีเลย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และมีปานกลาง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6

1.4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

พบว่า สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยในการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ เป็นสมาชิกในครอบครัว แต่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 56.4 เป็นหัวหน้าครอบครัวทำงานหารายได้หลัก คิดเป็นร้อยละ 28.3 เป็นสมาชิกในครอบครัวทำงานหารายได้ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือ 3 เดือน มากที่สุดคือ 25 ปี เฉลี่ย 31.71 เดือน ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ส่วนมากรู้สึกตัวดี คิดเป็นร้อยละ 61.8 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไม่มี คิดเป็นร้อยละ 53.6 มี คิดเป็นร้อยละ 16.4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ โรคปอดติดเชื้อ Rankin Scale ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 30.9 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) ส่วนมากอยู่ในระดับ Mildly severe dependence คิดเป็นร้อยละ 40.9 สภาพร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ แขนขา อ่อนแรงซีกซ้าย คิดเป็นร้อยละ 40 การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยสามารถพูดได้ คิดเป็นร้อยละ 81.8 พูดได้แต่ช้าและไม่ชัด พบมากที่สุด 31 คน คิดเป็นร้อยละ 41.78 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารได้เอง คิดเป็นร้อยละ 60 สำหรับการปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง คิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนภาวะในการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า เป็นภาระมาก และมีเวลาส่วนตัวลดลงมาก คิดเป็นร้อยละ 63.6

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 สุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 คะแนนสุขภาพจิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 137.30 คะแนน (Mean = 137.30) คะแนนต่ำสุด 59 คะแนน คะแนนสูงสุด 192 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.09 สำหรับคะแนนของภาวะสุขภาพจิต ในแต่ละด้านและโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตด้านลบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.81 คะแนนต่ำสุด 37.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 129.00คะแนน โดยหมวดอาการวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.97

หมวดอารมณ์ซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.61 หมวดการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 สุขภาพจิตด้านบวก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.94 คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 69 คะแนน โดยหมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.11 หมวดความผูกพันทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.91 หมวดความพึงพอใจในชีวิต คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.13

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย กับภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า ภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อาชีพ ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา รายได้ก่อนและหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รายได้รวมของครอบครัว จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพกาย และความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย การใช้นานอนหลับ/ ยาคลายเครียด ที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่เพศแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเพศชายจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่า เพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ กลุ่มที่มีความเพียงพอของรายได้ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้

กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพกายภายหลังการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการดูแลผู้ป่วย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มี ความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มี ความเครียด จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้และไม่ใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยกลุ่มที่ไม่มีการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นประถมศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นมัธยมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วย $> 15,000$ บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ $< 5,000$ บาท/เดือน

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้หลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและรายได้รวมของครอบครัว $> 15,000$ บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001-15,000 บาทและ $< 5,000$ บาท/เดือน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย ≤ 6 ชั่วโมง/วัน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วย $> 6-12$ ชั่วโมง/วัน และ > 12 ชั่วโมง/วัน ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส ประวัติการมีโรคประจำตัว การเบิกค่ารักษาพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การใช้สารเสพติด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่สมรส และญาติพี่น้องในครอบครัว หลาน ลูกสะใภ้ ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ปัจจัยด้านสังคม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำการช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัวญาติ เพื่อน ที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ $p < 0.01$ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี social support มากพอสมควร และปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตามลำดับ

ส่วนปัจจัยที่ได้รับการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย > 2 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 6 เดือน และ > 6 เดือน - 2 ปีตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระ หรือไม่เป็นการเพิ่มภาระ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระมาก

ส่วนปัจจัยภาวะแทรกซ้อน การติดต่อสื่อสาร สถานภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) Rankin Scale ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตมี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติและเพื่อน (Social Support) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (มีผลทางบวก) โดยร่วมกันอธิบายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 31.5 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัวญาติและเพื่อน (Social Support) และเพศ ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 50.9 และสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 49.1 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของอิชิยา เชื่อนมัน (17) ทำการศึกษาสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติกด้วยแบบประเมินสุขภาพจิต MHI จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 72 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตดีและไม่ดีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะสุขภาพจิตดีและไม่ดีมีจำนวนเกือบเท่ากัน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีนั้นมีการรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีนั้น เนื่องจากยังไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและบทบาทการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพจิตของเวทและแวร์ (Veit & Ware) (43) ที่กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นสภาวะของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ที่ประกอบด้วยสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ หรือภาวะสุขภาพจิตดีและไม่ดีนั่นเอง อีกทั้งการมีบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตของบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นที่สาเหตุก่อให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพจิตได้(70) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคลอธิบายได้ว่าเนื่องจาก ลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่มาก ผู้ป่วยมักจะมีอาการร่วมด้วย จึงยังทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และจากผลของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ภาระในการดูแลตรวจรื้อยาของชีวิตผู้ป่วย โดยมีอาจทำนายได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไหร่(10) ผู้ดูแลบางคนอาจสามารถปรับตัวได้แต่บางคนอาจจะยังปรับตัวไม่ได้ จากการศึกษาของ ลาซารัส และโฟลด์แมน(77) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย จะสามารถช่วยในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยได้ดี ถ้าผู้ดูแลมีความรู้สึกต่อการดูแลที่ดี เช่นรับรู้ว่าการดูแลเป็นความกตัญญูตเวทีและเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย มีความหวัง มีแรงจูงใจ และกำลังใจที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กล้าเผชิญกับปัญหา มีความอดทน มีความ

มุ่งมั่นและตั้งใจในการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิกาวรรณ ชุ่ม (18) และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (89) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Frazen (97) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลได้สละร่างกาย แรงใจ และเวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งใช้ความอดทนอดกลั้น ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย แต่กลับมีความมานะพยายาม ต่อเนื่องยาวนานในการดูแลผู้ป่วย และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งดี มีคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้อง กับ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (89) ที่พบว่า ภรรยาที่ดูแลรับผิดชอบสามีที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง โดย มอบความรักและความผูกพันกับสามีรับรู้ว่าการดูแลเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรักนับเป็น โอกาสที่ได้ตอบแทนคุณความดีของสามีในระหว่างใช้ชีวิตร่วมกันมา ทำให้ภรรยามีสุขภาพจิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ(36), กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (67) ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(35) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแล เกิดความผ่อนคลาย เกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี

สำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกด้านลบต่อการดูแลอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธที่ต้องมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระ หรือเกิดความท้อแท้ หดหู่ ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลก็จะเกิดความเครียดมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะมีผลทำให้ ความเข้มแข็ง อดทน และความพยายามของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยลดน้อยลง ปฏิบัติการ ดูแลอย่างไรจุดหมาย ดูแลให้ผ่านไปวัน ๆ อย่างไม่ใส่ใจ และอารมณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ให้ผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวและเอาชนะต่อความเครียดได้(13) และจากการศึกษาของ Braithwaite & Mcgown (98) ศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ความผาสุกของผู้ดูแลและความสามารถในการเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมี อารมณ์ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ยาก และต้องใช้เวลาในการปรับตัว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา สายพิณ เกษมกิจวัฒนา(89) ที่พบว่า ถึงแม้ว่าภรรยาจะ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยความเต็มใจในการดูแลสามี แต่ถ้ารับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบ อย่างมาก ในระหว่างการดูแลก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วย เรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเกิดมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา จากผลการศึกษา สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลมีทั้งภาวะสุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ

ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1.1 เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล (P-value < 0.05) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการดูแล เพศที่ต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติและค่านิยมที่แตกต่างกัน(75) ในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จากสภาพของสังคมไทย จะกำหนดให้เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อการเจ็บป่วย ระยะแรกของการเจ็บป่วย บุตรจะช่วยกันดูแลบิดามารดาเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ครอบครัวมักให้ความช่วยเหลือ แต่เมื่อผ่านไปได้สักระยะหนึ่ง บุตรคนอื่นจะให้ความช่วยเหลือ และเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่สมรสเพศหญิง บางรายต้องรับบทบาทหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำงานหารายได้หลักและต้องรับภาระในฐานะผู้ดูแลด้วย ทำให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Marimoto T(31) เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมชนบทนิยมของประเทศไทย มีความคล้ายคลึงกับสังคมไทย ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Carod – Artal FJ และคณะ(103) พบว่า เพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (51), ละออง สุวิทยาภรณ์ (99) ที่พบว่า เพศหญิงมีปัญหาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มรรดา นันทะแสง(57) และ ภัคจิรา รัชตะสังข์(61) ที่พบว่า เพศไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน การศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกัน

2.1.2 อายุ

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (P-value > 0.05) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจการเผชิญปัญหาได้ดี ในเรื่องต่างๆ ความสามารถในการดูแลตนเอง ของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 59.1 วัยกลางคนเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตช่วยให้เกิดความรู้สึกล้อมรอบต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบด้านจิตใจในระดับต่างๆ ไปในทางที่ดั่งใจได้มาก สามารถควบคุมจิตใจได้ดีทำให้เผชิญกับปัญหา หรือภาวะเครียดในชีวิตได้ดี ซึ่งเป็นวัยกลางคนที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี รวมทั้งให้การช่วยเหลือหรือดูแลคนอื่นได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นปกติ โดยไม่รู้สึกร่าวามีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย(55) พบว่ามารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ จินตนา กมลพันธ์(54) ศึกษาสุขภาพจิตของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุมพล สมประสงศ์(53) และ ธนา นิลชัยโกวิทย์(48) พบว่าบุคคลที่มีอายุมากมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของ จุมพล สมประสงศ์ และธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ มีหลายกลุ่มอายุ ตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ และไม่ได้เป็นบุคคลที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและเป็นบุคคลที่มีภาระต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 สถานภาพสมรส

พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ของสถิติ (P - value > 0.05) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการที่บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.5 อธิบายได้ว่าผู้ที่มีคู่สมรส คู่ชีวิตคอยให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นแหล่งประโยชน์ที่เสริมแรงเมื่อเกิดความรู้สึกเครียด หรือไม่สุขสบายต่างๆ คู่สมรสจะมีส่วนทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย เกิดกำลังใจในการต่อสู้และเผชิญปัญหาและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางอารมณ์ และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ได้ นอกจากนี้สังคมไทยเป็นสังคมครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลที่เป็นโสดมักมีบุคคลอื่นในครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้สถานภาพสมรสไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต สอดคล้องกับ มานพ ศิริมหาราช(56), มธุรดา นันทแสง(57), จินตนา กมลพันธ์(54) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย(52) ที่พบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว เนื่องจากมารดาต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น คู่สมรสจึงมีความสำคัญในการร่วมมือต่อสู้ และเผชิญปัญหา เป็นคู่คิดในการตัดสินใจ และคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ เมื่อเกิดความเครียดรวมถึงการช่วยดูแลบุตรด้วย

2.1.4 ระดับการศึกษา

พบว่าการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถเรียนรู้และนำความรู้ ทักษะ ที่เคยมีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกา และความสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้เมื่อเกิดภาวะเครียด นอกจากนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ(58), มณี อุประสิทธิ์ (60) พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ และผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับในการแก้ปัญหา และมีโอกาสทางสังคมน้อย จึงมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียด ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ สอดคล้องกับสุชีรา ตั้งตระกูล(59) พบว่าการศึกษามีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเพราะระดับการศึกษาของบุคคลแสดงให้เห็นความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านความรู้ ความมีเหตุผล ทักษะในการคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจ การสะสมประสบการณ์ และความรู้จากการเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพ ศักยภาพ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จักแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยลดความเครียดได้ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสรับรู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่ายและเข้าใจเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือประถมศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับนิติยา สุทธากรณ์ (100), บุษกร อินทรชัย (52) จากการศึกษพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของบุษกรเป็นการดูแลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้ได้รับความรู้ และมีทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

2.1.5 อาชีพ

พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับอาชีพ $P\text{-value} < 0.05$ อธิบายได้ว่า อาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.2 ดังนั้นผู้ดูแล มีรายได้จากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวสำหรับอาชีพ เกษตรกรรม และรับจ้าง เป็นอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ และไม่แน่นอน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขายมีธุรกิจส่วนตัว มีรายได้มั่นคงทำให้มีโอกาสทางสังคมมากกว่า และเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พึงพอใจในตนเอง จึงส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา กมลพันธ์ (57) แต่ไม่สอดคล้องกับ ภคจิรา รัชตะสังข์(61), สิริสุข เกื้อกุล(62) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ต้องพึ่งพารายได้จากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง จึงทำให้อาชีพมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

2.1.6 รายได้

พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.01$) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้รวมของครอบครัว อยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 39.1 เฉลี่ยรายได้รวมต่อเดือน 19,163 บาท อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อช่วยในการตอบสนอง ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความไม่สบายใจ เกิดความคับข้องใจ ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตได้สอดคล้องกับ สุชีรา ตั้งตระกูล(59) จากการศึกษพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงิน รายได้จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ จะเกิดความรู้สึกปลอดภัย สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องวิตกกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และสามารถพา

ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ซึ่งต้องใช้เวลารักษานานและค่ารักษาที่แพง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด และถ้าหากรายได้ไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย (52) และ จินตนา กมลพันธ์(54)

2.1.7 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพกายภายหลังการดูแลผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพกายร้อยละ 41.8 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย ไม่มีแรงนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีอาการปวดหลัง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ผู้ดูแลบางคนรู้สึกตัวเหมือนถูกผูกมัดติดกับผู้ป่วย ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุตศิริ นีรัญชุนหะ(10) และนันทพร ศรีน้อม(13) และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิวีรกุล(79) พบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี จะทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียดกับความรับผิดชอบในความดูแลผู้ป่วย

2.1.8 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

พบว่าความรู้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ร้อยละ 69.1 แหล่งความรู้ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการนำความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา Mowatz Laschinger(61) การเรียนรู้เริ่มจากประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่เคยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่ผู้ดูแลมีความรู้ ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้ ทำให้ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และจากการที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มาตรวจตามนัดของแพทย์ ในระหว่างรอตรวจผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแล พูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นเหมือนได้รับกำลังใจ ซึ่งกันและกัน เป็นผลทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย (52) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาต่างประเทศ Braithwaite V (98) ได้ให้ข้อเสนอแนะเรื่องของความรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า ในช่วง 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วย การให้ความรู้โดยการจัดกลุ่มสัมมนาย่อยจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติกรดูแล ทราบความต้องการ

ของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับบทบาทการดูแลทำให้มีสภาพอารมณ์จิตใจที่ดีขึ้น เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

2.1.9 การใช้สารเสพติด

พบว่า การใช้สารเสพติดไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติดร้อยละ 11.8 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ภาคจิรา รัชตะสังค์(61) มจรดา นันทแสง(57) และ ณภัทรวรต บัวทอง(66) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ในการศึกษานี้เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 ดังนั้นจึงมีการใช้สารเสพติดน้อย

2.1.10 จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย

พบว่า จำนวนชั่วโมงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วย > 12 ชั่วโมง ร้อยละ 62.8เฉลี่ย 17.59 ชั่วโมง/วัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลานานในแต่ละวัน และถ้าหากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระ มีผลทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความสอดคล้องกับ บุญญรัตน์ เพิกเดช(10) ที่พบว่า ปริมาณการดูแลที่มากจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า และส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาและมีความสอดคล้องกับ Morimoto T(31) ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระและการขาด Social Support หรือ Social Network ไม่มีแหล่งประโยชน์ การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงสถานฟื้นฟูกายภาพบำบัด จะยิ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษารุ่นนี้ไม่สอดคล้องกับ นภาพร ฤทธิวีรกุล (79) พบว่า จำนวนเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.78 ชั่วโมง/วัน และเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะมากหรือน้อยในแต่ละวัน ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล และไม่สอดคล้องกับ ภัฏญรัตน์ พิงบรรหาร(67) จากการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ เกิดทักษะ ประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญและมีแรงจูงใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้จักความเหนื่อยล้า มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกัน

2.1.11 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีต

พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีตไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ ใน

การดูแลผู้ป่วยในอดีต คิดเป็นร้อยละ 10.9 จากผลการศึกษายืนยันได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เพียงเล็กน้อย แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ >12 ชั่วโมง ร้อยละ 62.8 เฉลี่ย 17.59 ชั่วโมง/วัน และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 69.1 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง เรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความรู้ เกิดทักษะ ความชำนาญ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงลดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นเรื่องยากลำบากลงได้ จึงไม่เกิดความเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ ดังนั้นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในอดีต จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Luckmann & Serensen (69) พบว่า ประสบการณ์ในอดีต จะช่วยผู้ดูแลในการตัดสินใจ เลือกรูปแบบการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลลดความรู้สึกถึงเครียดหรือความรู้สึกวิตกกังวลจากการดูแลได้

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.2.1 สัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย

พบว่าสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ร้อยละ 94.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น บุตร ร้อยละ 56.4 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีสายสัมพันธ์กันสายตรงกับผู้ดูแลทำให้การดูแลมีความใกล้ชิด ความผูกพัน ความรักในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ไม่รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ จึงทำให้ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตและสอดคล้องกับการศึกษาของ Orem (70) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งดี สภาพสังคมไทยมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ว่าการดูแลเป็นการแสดงถึงความกตัญญูทดแทน และถือเป็นโอกาสในการได้ตอบแทนทดแทนบุญคุณนุภาพาริ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 26.4 ที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมีความเห็นว่า การดูแลถือเป็นโอกาสในการตอบแทนคุณความดี ที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา สามารถช่วยให้ชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเป็นการสร้างกุศลผลบุญ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์กับผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิวิภากร (79), สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (102) , Wallhagen I. (88) ที่พบว่า การมีประสบการณ์ทางบวกหรือความรู้สึกที่ดีเหล่านี้ล้วนเป็นรางวัลทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการดูแล เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.2.2 การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล

พบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value < 0.01$) อธิบายได้ว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้ระบายความรู้สึก ปลอดภัยและวิธีผ่อนคลาย ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อน หรือออกไปประกอบกิจกรรมต่างๆ นอกบ้านทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง มีการแบ่งเบาภาระจากบุคคลในครอบครัว การมีผู้สับเปลี่ยน ระวังการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียด และภาระจากการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของนันทพร ศรีนิ่ม(13) และนภาพร ฤทธิวีรกุล(78) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือในการช่วยลดภาระจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลทุกราย ต่างรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหนักสร้างความเหนื่อยล้าแก่ตน ผู้ดูแลมักต้องการผู้ช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานจากคนในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องเศรษฐกิจ กำลังกาย กำลังใจ จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกยากลำบาก หรือความเครียดจากการดูแลไม่มากสอดคล้องกับ Dring(63) ผู้ดูแลที่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกรำคาญหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และลดภาระในการดูแลอีกด้วย แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 40.9 ผู้ดูแลมักจะรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่หนัก และถูกผูกมัดติดไว้กับผู้ป่วย มีความเครียดและมีอารมณ์ซึมเศร้า จึงทำให้มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Blake H. (30) พบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลจะทำให้คู่สมรสที่รับภาระในการดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความรู้สึกเป็นภาระ และสภาพอารมณ์ จิตใจดีขึ้น ลดความตึงเครียดจากการดูแล

2.3 ปัจจัยด้านสังคม

2.3.1 การได้รับบริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care)

พบว่าการได้รับบริการดูแลต่อเนืองที่บ้านไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value > 0.05$) อธิบายได้ว่า การได้รับหรือไม่ ได้รับการบริการดูแลต่อเนืองที่บ้านมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการดูแลต่อเนืองที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 33.6 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากเครือข่ายทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคลากรทีมสุขภาพทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น มีกำลังใจเกิดความมั่นใจในตนเองไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ได้รับความช่วยเหลือมี Social Support จากครอบครัวญาติและเพื่อนจำนวนมากพอสมควร ร้อยละ 46.4 แสดงให้เห็นว่า การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการดูแลลดน้อยลง อย่างไรก็ตาม Mant J (104) เสนอแนะเรื่องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยให้ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.3.2 การได้รับความช่วยเหลือ (Social Support)

พบว่า การได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำจากครอบครัว ญาติและเพื่อนก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด รู้สึกว่าโดดเดี่ยว มีอารมณ์ซึมเศร้า และวิตกกังวล ขาดกำลังใจ ท้อแท้และรู้สึกสิ้นหวัง แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีมากพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 46.4 การที่มีคนในครอบครัวให้กำลังใจ และให้โอกาสได้อธิบายความรู้สึก การปลอบใจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และยังลดภาวะการดูแลอีกด้วย และสอดคล้องกับ Gant JS และคณะ(105) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ดี การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว จะมีส่วนทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในชีวิต ช่วยลดความกดดัน และภาวะจากการดูแลผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับ Thompson และคณะ (106) พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ ลดแรงกดดันความเครียดจากการดูแล และช่วยในการปรับตัวของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี

2.4 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

2.4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

พบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า การที่มีผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ดูแลจะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงร้อยละ 23.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ และทักษะในการดูแล มีการพัฒนาความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จะช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตดี พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะเวลานาน 2 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ ในการดูแลผู้ป่วยจนกลายเป็นภาวะปกติ ทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นปกติ โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสุชีรา ตั้งตระกูล (59) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย มีผลต่อการปรับตัว เพราะธรรมชาติของมนุษย์ ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นและมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นหลังการเจ็บป่วยจะมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ดูแลให้ฟื้นคืนสภาพได้ดีขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะแรกของการเจ็บป่วยระยะเวลา 3 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 จากการศึกษาของ Orem (70) การดูแลผู้ป่วยในช่วง 3-6 เดือนแรก อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการตกใจ กลัว วิดกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การปรับตัว ตลอดจนความช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยผ่านการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการลดลง แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีสภาพทรุดลงในระยะแรก อาการไม่ดีขึ้น ต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ และจากการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ Blake H (31), Bugge C (107), Wright LK (108) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ดูแลในช่วงแรกของระยะเวลาการเจ็บป่วย 3-6 เดือนแรก ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลสูง และจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อผ่านระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลจะเริ่มสามารถปรับตัวได้ลดความเครียด รู้สึกกดดัน ทำให้สุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร อินทรวิชัย (52) และ จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างของบุษกร และ จุไรรัตน์ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาส่วนใหญ่ 2-5 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลได้ จึงทำให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

2.4.2 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value > 0.05$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ มีทักษะ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยมาระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ และรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาวะปกติ โดยไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ จึงไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ Morimoto T, Wyller TB (109) , Blake H (31), Carod – Artal FJ (103) พบว่า ADL มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต เนื่องมาจากระดับ ADL ที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลลดลง ส่งผลกระทบให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และสุขภาพจิตของผู้ดูแลก็แย่ลงตามมา อาจ

เป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสภาพสังคม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ในการดูแลแตกต่างกัน และในกลุ่มตัวอย่างนี้ระดับ ADL ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Mildly Severe dependence ร้อยละ 40.9 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรได้บางกิจกรรม ดังนั้น การศึกษานี้ ADL จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต

2.4.3 RANKIN SCALE

พบว่า RANKIN SCALE ไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} > 0.05$ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระดับของ RANKIN SCALE แตกต่างกันภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้กับการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

2.4.4 ภาวะแทรกซ้อน

พบว่า ภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} > 0.05$) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน/ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยดูแลไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะประสบการณ์ ดังนั้นกรณีที่มีความผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ โดยการปรึกษาแพทย์ เพื่อการรักษา จึงทำให้ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

2.4.5 ภาระการดูแล

พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำนวน > 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 62.8 เฉลี่ย 17.59 ชั่วโมง/วัน ส่วนระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) อยู่ระดับ Total to Severe dependence คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 12.3 ตามลำดับ Rankin Scale ระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 30.9 จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ขาดผู้ช่วยเหลือในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหนักแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนนะ(10) เฟื่องลดดา เคนไชวงศ์(68) เพียงใจ ตีรไพวงศ์ (74)พบว่า ภาระการดูแลไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต การที่ผู้ดูแลมอบความรักความผูกพัน ให้แก่ผู้ป่วยและได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคลากรที่มสุขภาพ ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระน้อยทำให้

เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการดูแลผู้ป่วยลดลง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการดูแลแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกัน

3. ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากผลการศึกษานี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตมี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติและเพื่อน (Social Support) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (มีผลทางบวก) โดยร่วมกันอธิบายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 31.5 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัวญาติและเพื่อน (Social Support) และเพศ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

- บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกและหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ควรมีการประเมิน ระดับความรู้ความสามารถและทักษะของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีมีความเครียดจากภาวะการดูแลลดลง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดรูปแบบหรือโครงการ ในการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลานและญาติได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแล เช่น การให้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด ควรกระตุ้นให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือด้าน แรงงาน ด้านการเงิน ตลอดจนอำนวยความสะดวกให้การช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญของผู้ดูแล เป็นผู้ที่เสียสละ ควรให้ครอบครัวได้เพิ่มความเอาใจใส่แก่ผู้ดูแลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ หรือการให้การยกย่องชมเชย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้

ผู้ดูแล มีความรู้สึกที่ดีขึ้นต่อตนเองไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ให้โดดเดี่ยว ไร้ค่า มีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. รัฐควรเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านต้องประกอบด้วยแพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เพื่อให้ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

5. ควรฝึกกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้เกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของสมาชิกภายในครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพเดิมของผู้ดูแล ว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะสุขภาพจิตหรือไม่ เนื่องจากลักษณะบุคลิกภาพแต่ละด้านของบุคคล ควรมีความโน้มที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ไม่เหมือนกัน

3. ควรทำการศึกษาสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และควรมีการใช้แบบสอบถามประเมินสุขภาพจิต เครื่องมืออื่น และควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่านี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. Grant JS. Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. Home Healthcare Nurse, 1996.
2. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร, 2544.
3. นิพนธ์ พงวารินทร์. การรักษาผู้ป่วย stroke ในระยะยาว. วารสารคลินิก, 2531.
4. Hudak CM., Gallo, BM. & Morton, PC. Critical case nursing : A holistic approach (7th ed.). Philadelphia : Lippincott, 1998.
5. Dowson, Pierce LL., Salter JP. Stroke support group : A reality Rehab Nurse, 1988.
6. Scharfenberger JA. Financing of health care for elderly stroke patients. Phys Med Rehab, 1989.
7. Phipps, MA. Assessment of Neurological Deficit in stroke. Nursing Clinics of North American, 1991.
8. นุฏกุล ตะบูนพงศ์. ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล-สงขลานครินทร์, 2537.
9. Brown PL. The Burden of Caring for a Husband with Alzheimer's Disease. Home Health Care Nurse, 1996.
10. สุดศิริ หิรัญชุนหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
11. Gaynor SE. The Long Haul : The effect of home care on caregiver. Image : Journal of Nursing Scholarship, 1990.
12. Pariard ME. & Ames BD. Life style changes and coping patterns. Among Caregivers of Stroke Survivors Public Health Nursing, 1993.
13. นันทพร ศรีนิม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของการดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

14. ชนิตา มณีวรรณ. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
15. Eklberg JY., Griffith N. & Foxall MJ. Spouse burnout syndrome. Journal of Advanced Nursing, 1986.
16. บุญวดี เพชรรัตน์. การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 2532.
17. อิชยา เขื่อนม้น. สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
18. วิภาวรรณ ชุ่มม. ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
19. Stroker R. Impact of disability on families of stroke clients. Journal of Neurosurgical Nursing , 1983.
20. National Outcomes and Case mix Collection : Overview of Clinical Measures and Data item V1.20 Mental Health Special Program Branch. Department of Health and Aging, 2002.
21. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง : Stroke. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว-การพิมพ์, 2534.
22. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. ปรินติ้ง, 2536.
23. Santus GR., Ranzenigo A. Caregnato R & Inzoli MR. Social and Family integration of hemiplegio elderly patient 1 year after stroke. Stroke, 1990.
24. Kalar L, Yu G, Nilson K. & Roots P. Medical compilation during stroke rehabilitation, 1995.
25. ฟารีดา อิบราฮิม. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร, 2539.

26. Robinson RG . & Price TR. Post stroke depressive disorder : A follow up 103 patients. Stroke, 1992
27. Periareed & Ames BD. Lifestyle changes and coping pattern among caregivers of stroke survivors. Public Health Nursing, 1993.
28. Jongbloed & Nuttall P. Conflict emotional and personal strain among family caregivers. Family Relations, 1988.
29. จันเพ็ญ แซ่หุ่่น. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเป็อหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
30. Blake H, Loncoln NB, Clarke DD. Caregiver strain in spouse of stroke patient : Clinic Rehabilitation, 2003.
31. Morimoto T, Schreiner AS. Asandt. Caregiver burden and health-related quality of among Japaness stroke caregiver : Age Aging, 2003.
32. จินตนา สมณีก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
33. Jensen S. and Giver BA. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. Cancer Nursing, 1991.
34. เสาวลักษณ์ เนตรข้ง. การศึกษากิจกรรมของชีวิตในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
35. ยุพาพิน ศิริโพธิงาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-สูาร, 2539.
36. จอม สุวรรณเณ. ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
37. Horowitz A. Family care giving to the frail elderly. In C. Eisdor fer (ed.) , Annual review of gerontology & Geriatric S. New York : Springer Publishing Co, 1985. 1985.

38. Watson J. Nursing : the philosophy and science of caring. Boston, Mass : Little, Brown, 1985
39. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. เพื่อสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2533.
40. อ่าง ทศนาญชลี. ปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน. วารสาร CA ที่รัก. ฉบับปฐมฤกษ์, 2529.
41. ฝน แสงสิงห์แก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.
42. Freelman AM., Kaplan HJ. & Sadock BJ. Glossary of psychiatric terminology. In freedman, et al. Textbook of psychiatry, 1975.
43. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983.
44. ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับจิตใจสำหรับคนทั่วไป. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษในการสัมมนาระดับชาติ เรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข, 2523.
45. Egbert F. Concept of Wellness. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service, 1980.
46. ธนา นิลชัยโกวิทย์. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539.
47. ส่งศรี จัยสิน. การสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชน จังหวัดชลบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 2528.
48. ธนา นิลชัยโกวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539.
49. ละออง สุวิทยากรณ์. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ศึกษาคณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
50. ศุภรี ศิริบุรณ. สุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

51. กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. สุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
52. บุษกร อินทวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
53. จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของ
เทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540.
54. จินตนา กมลพันธ์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
55. ณัฐยา พรหมบุตร. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-
เชียงใหม่, 2545.
56. มานพ ศิริมหาราช. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ซี.วี.เอ. ที่มีอาการอัมพาต. วารสารโรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่, 2528.
57. มธุรดา นันทะแสง. ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยในที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (กรณีศึกษานำร่อง) งานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2545.
58. อูมา จันทวิเศษ. ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต
จากโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย-
สงขลานครินทร์ สงขลา, 2535.
59. สุชีรา ตั้งตระกูล. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความหวาด
ในผู้ป่วยสโตรค. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2538.
60. มณี อูประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลของบิดามารดากับภาวะ
สุขภาพจิตของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
61. ภักจิรา รัชตะสังข์. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
ซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

62. สิริรัช เกื้อกุล. สุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
63. Dring R. The formal caregivers responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. Journal of Neuroscience Nursing, 1989.
64. Orem DE. Nursing : Concept of practice. New York : McGraw-Hill Book Comp, 1985.
65. Mowat & Laschinger HK. Self – efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people : a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 1994.
66. ฅนั้ควรรต บั้วทอง. คุณภาพของการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานบนเครื่องบินบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
67. กั้ญญารัตน์ ฝั้งบรรหาร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนสังคมปัจจัยบางประการกับความเหนียวล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
68. ฝั้งลดา เคนไ้ชยวงค์. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
69. Luckmann & Sorensen KC. Medical-surgical nursing : A psycho physiologic approach. (3rd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
70. Orem DE. & Taylor S. Orem' s general theory of nursing. In P. Winstead-Fry (Ed.). case studies in nursing theory. National League for Nursing, 1986.
71. William S. A Nursing approach. Holistic Nursing Practice, 1990.
72. Kramer BJ. Expanding the conceptualization of caregivers coping : The importance of relationship – focused coping strategies. Family Relationship, 1993.

73. Robinson . Predictors of burden among with caregivers. Scholarly Inquiry Nursing Practice : An International Journal, 1990.
74. เพียงใจ ตีรไพวงศ์. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและภาวะการรับรู้ดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 240.
75. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล, 2538.
76. จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
77. Lazarus RS. & Fullemana S. Stress appraisal and coping. New York : Springier Publishing, 1984.
78. Coyne JC. & DeLongis A. Going beyond social support : the role of social relationship in adaptation. Journal Continue Clinic Psychology, 1986.
79. นภาพร ฤทธิวีรกุล. ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
80. Giver CW. Collins CE and Given BA. Sources of stress among families caring for relatives with Alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America, 1988.
81. Stommel MY. Kingry M. Support patterns for spouse caregivers of cancer patients : The effect of the presence of miner children. Cancer Nursing, 1991.
82. Mclean J. et al. Service needs of stroke survivors and their informal cares : pilot study. Journal of Advanced Nursing, 1991.
83. Venters Cited. Baker E. Neuroscience Nursing. St. Louis : Mosby, 1994.
84. Williamson SE, & Schulz RO, Rbien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving : prevalence, correlates and causes. Gerontologist, 1995.


85. สุวีรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์. ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
86. สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ : ปัญหาของผู้สูงอายุ. Chula Medical Journal,
2537.
87. McFall J, & Miller JE. Coping with chronic illness. Overcoming powerlessness.
Philadelphia : F.A. Davis company, 1983.
88. Wallhagen I. MI. Caregiving demand : their difficulty and effects on the well-
being of elderly caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An
International Journal, 1992.
89. สายพิน เกษมกิจวัฒนา. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วย
เรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
90. ชะไมพร ธรรมวาสี. การศึกษาคความเครียดของพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีระดับความ
รุนแรงต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
91. อรพรรณ ทองแดง. ปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์,
2531.
92. Atkinson I. Experiences of informal cares providing nursing support for
disabled dependents. Journal of Advanced Nursing, 1992.
93. รุจา ภูไพบูรณ์. การศึกษบทบาทของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจรูห์มาติก ใน
ครอบครัวจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
94. Evans RL. & Northwood LK. Social support needs in adjustment to stroke.
Archives of Physical Medical Medicine and Rehabilitation, 1983.
95. สมศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
96. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.
97. Frazen DT. Reintegration for stroke survivors : Home and community
consideration. Nursing Clinics of North American, 1991.

98. Braithwaite & McGrown. Caregivers' emotional well-being and their capacity to learn about stroke. Journal of Advanced Nursing, 1993.
99. ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
100. นิตยา สุทธิยากร. การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
101. บุญญรัตน์ เฟ็กเคช. การศึกษากิจกรรมของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสาร และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
102. สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษารเปรียบเทียบภาระและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
103. Carod- Artal FJ. et al. Perception of long-term overload in caregivers of patients who have survived a stroke. Stroke, 1999.
104. Mant J. et al. Family support for stroke : a randomized controlled. Lancet, 2000.
105. Grant JS et al. Sociodemographic, Physical, and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors. Brain Injury, 2000.
106. Thompson SC. et al. Psychosocial adjustment following a stroke. Cerebrovascular Disease, 2001.
107. Bugge C. et al. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. Stroke, 1999.
108. Wright LK. et al. Emotional and Physical health of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease and stroke. Clinic Rehabilitation, 1999.
109. Wyller TB. et al. Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. Clinic Rehabilitation, 2003.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ตารางแสดงภาวะสุขภาพจิต จำแนกแต่ละหมวด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ จําแนกแต่ละหมวด

ภาวะสุขภาพจิต	ต่ำ		กลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตด้านลบ						
หมวดอาการวิตกกังวล (Anxiety)	8	7.3	47	42.7	55	50.0
หมวดอารมณ์ซึมเศร้า (Depression)	12	10.9	37	33.6	61	55.5
หมวดการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและ อารมณ์ (Loss of Behavioral / Emotional control)	3	2.7	32	29.1	75	68.2
สุขภาพจิตด้านบวก						
หมวดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป (General Positive Affect)	32	29.1	66	60.0	12	10.9
หมวดความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Ties)	8	7.3	40	36.4	62	56.4
หมวดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)	28	25.5	77	70.0	5	4.5



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อคัดกรองสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาระมาณ 110 คน

ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์/สอบถามท่านเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็น แบบสอบถาม เกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยส่วนตัวของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินสมรรถภาพการทำงานกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการสัมภาษณ์ทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรงและการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษา ที่ ผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับจาก แพทย์ผู้รักษา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ น.ส.วราภรณ์ จิธานนท์ หรือโทร 01-2695430 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ
มีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง **“สุขภาพจิตและปัจจัยที่
เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์”** ด้วยความ
สมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม ผู้วิจัย

(นางสาววราภรณ์ จิธานนท์)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือ
ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม ผู้ปกครอง/

(.....) ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม ผู้วิจัย

(นางสาววราภรณ์ จิธานนท์)

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

ชื่อเรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1** แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง
ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีทั้งหมด 28 ข้อ
- ส่วนที่ 2** แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึก
คำตอบจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง และอ้างอิง
จากแฟ้มประวัติเวชระเบียน มีทั้งหมด 8 ข้อ
- ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการประเมินสมรรถภาพการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย
ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มีทั้งหมด
10 ข้อ
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามสุขภาพจิต MHI Mental Health Inventory ผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด
38 ข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

ชื่อเรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำแนะนำ กรุณาเติมข้อความหรือเลือกคำตอบโดยกาเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความเป็นจริง
เกี่ยวกับท่าน (ตอบให้ครบทุกข้อ)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
4. สถานภาพการสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	
5. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพของท่าน

<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
7. รายได้ (ก่อนการเจ็บป่วย) บาท/เดือน
(หลังการเจ็บป่วย) บาท/เดือน

8. รายได้รวมในครอบครัว บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้ของท่านเป็นอย่างไร
- เพียงพอ เหลือเก็บ ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
- เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ อื่นๆ ระบุ
10. ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
- ท่าน
- บุคคลในครอบครัว ระบุ
11. ท่านมีประวัติเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุ
12. ท่านมีประวัติเจ็บป่วย โรคทางจิตเวชหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุ
13. ท่านมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นภายหลังดูแลผู้ป่วยหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุ
14. ท่านมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุ
15. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรังอื่น
- ไม่มี
- มี ระบุ
16. เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล
17. ท่านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุแหล่งความรู้มาจาก
- แพทย์ พยาบาล
- บุคลากรที่มสุขภาพในโรงพยาบาล
- หนังสือ อื่นๆ ระบุ

18. ภายใน 1 วันท่านมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ชั่วโมง
19. รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ปี เดือน
20. ท่านมีประวัติการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ (ภายในระยะเวลา 1 ปี)
- ไม่มี
- มี ระบุ
21. ท่านมีประวัติการใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อช่วยในการนอนหลับเป็นประจำ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียดหรือไม่
- ไม่มี
- มี ระบุ
22. สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร
- เป็นหัวหน้าครอบครัวทำงานหารายได้หลัก
- เป็นสมาชิกในครอบครัวทำงานหารายได้
- เป็นสมาชิกในครอบครัวแต่ไม่ได้ทำงาน
- อื่นๆ ระบุ
23. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ
- บิดา-มารดา คู่สมรส
- บุตร อื่นๆ ระบุ
24. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วย
- ดี ระบุ
- ไม่ดี ระบุ
25. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ไม่มี
- มี ระบุ
26. ภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยท่านคิดว่าท่านมีเวลาสำหรับตัวเองและโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือพบปะเพื่อนๆ บุคคลอื่นๆ
- ลดลงมาก
- ปานกลาง
- ไม่เปลี่ยนแปลง

27. ท่านได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือไม่

ได้รับ

ไม่ได้รับ

28. ถ้าคุณต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือคุณ เช่น ครอบครัว ญาติหรือเพื่อนให้คุณสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ได้

ไม่จริงเลย

จริงเล็กน้อย

เป็นจริงปานกลาง

เป็นจริงมาก

เป็นจริงมากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

ส่วนที่ 2 คำชี้แจงผู้ทำการศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกคำตอบจากการสัมภาษณ์
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอ้างอิงจากแฟ้มประวัติเวชระเบียน

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ปี เดือน
2. ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
 ไม่รู้สึกตัว รู้สึกตัวแต่มีสับสน รู้สึกตัวดี
3. ภาวะแทรกซ้อน
 ไม่มี มี ระบุ
4. RANKIN SCALE

 - 0 = ไม่มีความผิดปกติเลย
 - 1 = ไม่มีความผิดปกติรุนแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง
 - 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง
 - 3 = มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีคนคอยช่วย
 - 4 = มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนคอยช่วยได้
 - 5 = มีความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียง ปัสสาวะราด ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด

5. การติดต่อสื่อสาร
 พูดได้ ปกติ ช้าและชัด ช้าและไม่ชัด
 พูดไม่ได้
6. สภาพร่างกาย
 แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
 แขนขาอ่อนแรงซีกขวา
 แขนขาอ่อนแรงทั้งซีกขวาและซ้าย
7. การรับประทานอาหารทางปาก
 รับประทานอาหารทางปาก
 โดย รับประทานอาหารเอง ป้อน รับประทานอาหารเองและป้อน
 รับประทานอาหารทางสายยาง
8. การปัสสาวะ
 ปัสสาวะเอง ใส่สายสวนปัสสาวะ สวนปัสสาวะ

เครื่องมือประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index

ส่วนที่ 3 คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย กรุณาบอกหมายเลขที่ตรงกับข้อความที่ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่กำหนดในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ล้วงหน้า
 - 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติดี
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย
 - 1 นั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียง
 - 2 ต้องมีคนช่วยพยุงบ้างเล็กน้อย
 - 3 ทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
4. การใช้ห้องสุขา
 - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ทำได้เองบ้าง อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ขึ้นนั่งและลงโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าเรียบร้อยแล้ว
5. การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง
 - 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 เดินไม่ได้ แต่เคลื่อนที่ได้เอง โดยใช้รถเข็น (Wheel Chair)
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือใช้ไม้เท้าและต้องให้ความสนใจดูแลความปลอดภัย
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า
- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - 1 ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2 ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าดัดแปลงเหมาะสมได้
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ต้องการคนช่วย
 - 2 ขึ้นลงได้เองหรือใช้เครื่องช่วย เช่น ไม้เท้า walker ต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย
8. การอาบน้ำ
- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - 1 อาบได้เอง
9. การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้เลย
 - 1 มีอุจจาระราดเป็นครั้งคราว
 - 2 กลั้นได้ดีเป็นปกติ
10. การกลั้นปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 - 1 มีปัสสาวะราดเป็นครั้งคราว
 - 2 กลั้นได้ตามปกติ

แบบประเมินสุขภาพจิต (MHI)

ส่วนที่ 4 คำชี้แจงแบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่าน ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามมีทั้งหมด 38 ข้อ โดยขีดเครื่องหมาย X คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านที่ผ่านมาใน 1 เดือน มากที่สุด เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยไม่รวมถึงปัญหา ที่เคยมีในอดีต ไม่มีคำตอบใดถูกหรือคำตอบใดผิด มีหลักเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกหรือเกิดขึ้นกับท่านทุกวัน
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกหรือเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มี/เกิดขึ้น (บ่อย)	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกหรือเกิดขึ้นกับท่าน 3 – 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
บางเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกหรือเกิดขึ้นกับท่านประมาณสัปดาห์ละครั้ง
ส่วนน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกหรือเกิดขึ้นกับท่านประมาณครั้งหรือสองครั้ง ในช่วง 1 เดือน
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีหรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน

- ท่านมีความสุข พอใจหรือดีใจกับชีวิตส่วนตัวของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?

(1) ตลอดเวลา	(4) บางเวลา
(2) เกือบตลอดเวลา	(5) ส่วนน้อย
(3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย)	(6) ไม่เคยเลย
- ท่านเกิดความรู้สึกว่าเหวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาบ่อยครั้งเพียงใด?

(1) ตลอดเวลา	(4) บางเวลา
(2) เกือบตลอดเวลา	(5) ส่วนน้อย
(3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย)	(6) ไม่เคยเลย
- ท่านมีความรู้สึกตื่นตกใจหรือกระวนกระวายใจเมื่อเผชิญกับสิ่งที่น่าตื่นเต้นหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาบ่อยครั้งเพียงใด?

(1) ตลอดเวลา	(4) บางเวลา
(2) เกือบตลอดเวลา	(5) ส่วนน้อย
(3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย)	(6) ไม่เคยเลย

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านเกิดความรู้สึกว่าอนาคตเป็นสิ่งที่มีความหวังและมั่นใจ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกอยู่อย่างสุขสบาย ไม่เครียด ไม่มีความวิตกกังวล?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านมีความสุข สบายใจในสิ่งที่ท่านได้ทำ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเหตุผลที่จะสงสัยว่าท่านได้สูญเสียการควบคุมการปฏิบัติการพูด การคิด ความรู้สึก หรือความจำของท่านหรือไม่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
9. ท่านรู้สึกเศร้าซึมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?
- | | |
|--------------------|-----------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) นาน ๆ ครั้ง |
| (2) เกือบทุกวัน | (5) ไม่เคยเลย |
| (3) มีเกิดขึ้นบ่อย | |
10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นที่รัก และต้องการของบุคคลอื่น?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |

11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านเป็นบุคคลที่มีความวิตกกังวลอย่างมาก?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
12. เมื่อท่านตื่นนอนตอนเช้า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านคาดหวังว่าจะต้องเป็นวันใหม่ที่น่าสนใจของท่าน?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกเครียดหรือมีความกดดัน?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถควบคุมพฤติกรรม การปฏิบัติความคิด อารมณ์และความรู้สึกของท่านได้หรือไม่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
15. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่มือของท่านสั่นเมื่อท่านพยายามจะทำบางสิ่งบางอย่าง?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
16. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีอะไรที่จะหวังเลย?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกสงบและรู้สึกมีความสุข?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |

18. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่ารสนิยมของท่านคงที่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
19. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกเศร้าใจ ไม่มีกำลังใจ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
20. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านรู้สึกอยากจะร้องไห้?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาบ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านเกิดความรู้สึกที่ว่าถ้าท่านตายคนอื่นหรือสิ่งต่างๆ คงจะดีขึ้น?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
22. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านสามารถผ่อนคลายอารมณ์ได้อย่างง่ายดาย?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
23. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าความสัมพันธ์กับคนรักของท่าน การรักและการถูกรักอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์และเต็มที่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
24. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่าไม่มีสิ่งใดที่เป็นไปตามสิ่งที่ท่านต้องการ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |

25. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านถูกรบกวนโดยความรู้สึกกระวนกระวาย?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
26. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมีชีวิตอยู่ของท่านเป็นการผจญภัยที่มีค่าน่าสนใจ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
27. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกท้อแท้ ไม่มีสิ่งใดจะกระตุ้นให้ท่านสูงขึ้นได้?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
28. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย?
- | | |
|--------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) 1 ครั้ง |
| (2) มีเกิดขึ้นบ่อย | (5) ไม่เคยเลย |
| (3) 2-3 ครั้ง | |
29. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีความสุข อยู่เฉยๆ ไม่ได้ หรือ รอคอยอะไรไม่ได้?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
30. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกอารมณ์ไม่ดีกับสิ่งต่างๆ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
31. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกไร้เรื่ง แจ่มใส หัวใจเบิกบาน?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |

32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกผิดหวัง?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
33. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกกระวนกระวายใจหรือวิตกกังวลหรือไม่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
34. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นบุคคลที่มีความสุขคนหนึ่ง?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
35. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านพบว่าตัวท่านเองมีความยากลำบากที่จะทำใจให้สงบ?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
36. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าท่านมีกำลังใจที่น้อยหรือน้อยมาก?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
37. บ่อยครั้งเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านตื่นนอนตอนเช้าด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักผ่อนเต็มที่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |
38. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านตกอยู่ในภาวะหรือเกิดความรู้สึกว่ามีความกังวลใจ มีสิ่งกีดตันหรือไม่?
- | | |
|------------------------|---------------|
| (1) ตลอดเวลา | (4) บางเวลา |
| (2) เกือบตลอดเวลา | (5) ส่วนน้อย |
| (3) มี/เกิดขึ้น (บ่อย) | (6) ไม่เคยเลย |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววราภรณ์ จิธานนท์ เกิดเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2521 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันทำงานฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตำแหน่งพยาบาลระดับ 5 แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุกรรมเฉพาะโรค ตึก ภปร. ชั้น 3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย