

ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล  
ในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



นางสุดารัตน์ เรียบเลิศศิริณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING TRAINING PROGRAM ON CAREGIVING  
STRESS OF FAMILY CAREGIVERS FOR ELDERLY STROKE

Mrs. Sudarat Riablershirun



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดใน  
การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด  
สมอง  
โดย นางสาวรัตน์ เรียบเลิศศิริ  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สุดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ : ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING TRAINING PROGRAM ON CAREGIVING STRESS OF FAMILY CAREGIVERS FOR ELDERLY STROKE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 170 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง ที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศของผู้ดูแลในครอบครัว อายุของผู้ดูแลในครอบครัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80 – 1.00 และมีความเที่ยงเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test for independence sample และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยสรุป ดังนี้

1. ความความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5477214536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PROBLEM SOLVING TRAINING / STRESS OF FAMILY CAREGIVERS / ELDERLY STROKE

SUDARAT RIABLERSHIRUN: THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING TRAINING PROGRAM ON CAREGIVINGSTRESS OF FAMILY CAREGIVERS FOR ELDERLY STROKE. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 170 pp.

This purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effect of a problem solving training program on for family caregivers of elderly people who have had a stroke. The participants were family members who have been looking after elderly people who have had a stroke for at least 3 months. Inclusion criteria were people over the age of 60, both male and female, and continue to follow up at the outpatient department at Sunpasitthiprasong Hospital. Forty subjects were divided into two groups of 20 each. Matching technique was applied following by pair of gender, age of caregivers, and Activity of Daily Living. The control group received general nursing care, while the experimental group received the problem solving training program for family caregivers for 5 weeks. An analysis of the stress level of the family caregivers was collected using a questionnaire that tested for content validity, which was shown to be between .80 - 1.00 and internal consistency reliability, which was shown to place Cronbach's alpha at .90 respectively. Data were analyzed by t - test for the independent sample, and paired t - test. The study findings revealed that:

1. After completing the problem solving program, the stress of family caregivers taking care of elderly stroke survivors was lower than before, which was significantly and statistically different ( $P < .05$ ).

2. After completing the problem solving program, the level of stress in the experimental group was lower than the control group, which was significantly and statistically different ( $P < .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2014

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้ให้คำ แนะนำ คำชี้แจงต่างๆ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนในการวิจัยด้วยความเอาใจใส่ มีเมตตา และสนับสนุนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นตลอดจนความรู้ที่เป็นประโยชน์ และแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดเวลาที่ศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล บุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมสาย 3 หัวหน้าหอรวมถึงเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหญิง และขอขอบพระคุณผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนิสิตร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รตต. เอนก คงประเสริฐ นางทิพวัลย์ คงประเสริฐ นางสุพร เรียบเลิศศิริ และสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความหวังใจและเป็นกำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี และขอบคุณ นพ.ณัฐพล เรียบเลิศศิริ ที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่บุพการี ครูบาอาจารย์ และผู้ดูแลในครอบครัวรวมถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์นี้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ .....	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	25
3. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ.....	34
4. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการช่วยเหลือผู้ดูแลใน ครอบครัว .....	45
5. แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหา.....	46
6. โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา.....	50

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	63
รูปแบบการทดลอง .....	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	64
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	65
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	79
การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability).....	81
การดำเนินการทดลอง .....	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	94
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	105
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป.....	106
รายการอ้างอิง .....	107
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	117
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย และหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	119
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	126



ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	135
ภาคผนวก จ ประมวลผลการดำเนินการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	170



## สารบัญตาราง

## หน้า

ตารางที่ 1 โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ของ Houts et al. (1996).....	51
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs) โดย พิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุของผู้ดูแลในครอบครัว เพศของผู้ดูแลใน ครอบครัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง.....	68
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วยใน การดูแล และแหล่งให้การสนับสนุน .....	70
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ เพศประวัติการมี โรคประจำตัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .....	72
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา.....	92
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ปกติ .....	93
ตารางที่ 7 แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดย ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความ เที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90.....	167
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นรายด้าน .	168

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 62

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 90



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่า ในปีพ.ศ.2574 ผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเพิ่ม ขึ้นถึง 13 ล้านคน หรือคิดเป็น 20 % ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งส่งผลให้โรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานสถานการณ์โรคเรื้อรังที่พบมากในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (World Stroke Organization, 2015) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายที่พบมากหนึ่งในห้าอันดับแรกทั่วโลก (World Health Organization, 2012) ทั้งนี้สถิติกระทรวงสาธารณสุข พบแนวโน้มภาวะโรคหลอดเลือดในสมองในคนไทยเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2551 มีอัตราป่วยทั่วประเทศ 140.42 ต่อประชากร 100,000 คน แต่ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้น เป็น 366.81 ต่อประชากร 100,000 คน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 23,350 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2557) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย ซึ่งความพิการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years : DALYs) ที่สำคัญและจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่ต้องรับภาระการดูแลรักษาทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ (สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 มีอัตราการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 10 และพิการร้อยละ 50 และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกถึงร้อยละ 17 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากผู้รอดชีวิต ร้อยละ 40 พบมีความพิการและมีการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 10 ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012) โดยเฉพาะผู้สูงอายุความพิการมักมีความรุนแรงมากขึ้น จึงต้องได้รับการดูแลต่อบุคคลในครอบครัวอย่าง

ต่อเนื่องและเมื่อเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลกระทบต่อเพิ่มความเครียดในการดูแลต่อผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น (Kelly-Hayes et al., 2003; Dhamoon et al., 2009)

สำหรับประเทศไทยพบว่ามียุทธการเกิดโรค 366.81 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะทุพพลภาพ และเป็นสาเหตุอันดับสามของการตายในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย ประมาณร้อยละ 72 ของผู้ป่วยโรคนี้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนพบได้ร้อยละ 1.12 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน (Chipp, Clanin & Campbell, 1992) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีผู้คอยดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทุกวัน เนื่องจากมีข้อจำกัดจากอายุ และภาวะทุพพลภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Montout et al., 2008) ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ที่ได้รับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวในสังคมไทยคือ ญาติ พี่ น้อง ลูก หลาน เป็นการแสดงถึงความกตัญญูทดแทน อันเป็นค่านิยมที่ครอบครัวไทยให้การยอมรับ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542)

โรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ แม้จะได้รับการรักษาแล้ว แต่ยังคงต้องการดูแลต่อที่บ้าน คือ ความพิการที่ยังหลงเหลืออยู่ และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจในระดับประเทศ และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง คือ ครอบครัว (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, นางลักขณ์เมธากาญจน์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2554) ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงเป็นของครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554)

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน และในระยะ Enduring stage เป็นระยะที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากเดิม มารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลเต็มตัว (Epstein et al., 1986) และในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น จะสร้างความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลในครอบครัวมาก เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ต้องวางแผนในการดูแล อีกทั้งยังต้องจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหา ต้องแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเอง ทุกวันอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์จะก่อให้เกิดความความยากลำบากในการให้การดูแล (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547; ลักขณา บึงมุ่ม, 2552)

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในแต่ละวันแล้ว และยังคงช่วยเหลือในกิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การตอบสนองความต้องการตามผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเรียกร้อง และจากงานวิจัยของ สุตศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่าหากผู้ป่วยมีอุปสรรคทางการแพทย์ร่วมด้วย จะทำให้สมาชิกในครอบครัว ไม่กล้าดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวจะให้ความสนใจและให้การช่วยเหลือในช่วงแรก แต่เมื่อดูแลผ่านไปสักระยะหนึ่ง ครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะเกิดความไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำ ว่าทำไปแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายหรือไม่ ผู้ดูแลในครอบครัว ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ (จूरรัตน์ กอผจญ, 2545; ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ซึ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อจิตใจผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความขัดแย้งในบทบาทที่ได้รับ ก่อเกิดเป็นความเครียดภายในจิตใจได้ (Pearlin et al., 1990)

ความเครียดในการดูแล เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว จากปริมาณงานที่มากและยุ่งยาก ซ้ำซ้อน (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) ความเครียดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 9, และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน (Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสุชีรา ตั้งตระกูล (2538) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ดูแล ในช่วง 3-6 เดือนแรก ของระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนัม (2545) พบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี เป็นช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นสูงสุด ถึงแม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลก่อนการจำหน่าย แต่บริบทในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละคนนั้นที่บ้านนั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ทั้งในเรื่องของประสบการณ์ในการดูแล การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านจึงมีมากกว่า ที่โรงพยาบาล (Fonareva, Amen, Ellingson, & Oken, 2012) โดยความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง (วิไล สุรสาคร, 2547) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ หลายปัจจัย ทั้งในด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ด้านผู้ดูแลในครอบครัว ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (พราวงาม สวนจันทร์, 2550; Ostwald, Bernal, Cron, & Godwin, 2009)

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากและซับซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลในผู้ดูแลที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลตามมา (Bull, 1990; จิต

อารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล, 2548) ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลดูแล คือ ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Dennis et al., 1994) จากงานวิจัยในผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้วิธีการแก้ปัญหาในการรับมือหรือเผชิญกับความเครียด (Jalowiec & Power, 1980; สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ, 2531) และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะมีความเครียดในระดับปานกลาง (คัทธรียา รัตนวิมล, 2545; วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; อรอนงค์ กลุณกรงค์, 2554) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้น ถ้าหากปล่อยไว้เป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับแก้ไขหรือช่วยเหลือ อาจทำให้ความเครียดจากการดูแลเพิ่มมากขึ้น สะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบต่างๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความผิดปกติของการนอนหลับ การรับประทานอาหาร อากาการเบื่อหน่าย แยกตัวจากสังคม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Obertst et al., 1990) ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ คุณภาพการดูแลลดลง และอาจนำไปสู่การทำร้ายร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (Lee, 2008)

ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องมีทักษะเกี่ยวกับการดูแล การแก้ปัญหา และสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการดูแล แม้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการจำหน่ายแล้ว แต่การได้รับความรู้และข้อมูลต่างๆ ยังต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง (Smith, 2009) ในการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหา จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาได้ หากทางออกให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม และเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ช่วยให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ (Grant et al., 2001 ; King, Hartke, & Denby.,2007 ; Bakas et al.,2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายรูปแบบ จากการศึกษาของ อัจฉรวรรณ ตริยวงศ์ (2547) ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแล พบว่าการให้ความรู้และทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวได้ จากการศึกษาของ วิไล สุรสาคร (2549) ศึกษาการเผชิญความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยอัมพาต พบว่าผู้ดูแลเลือกใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาช่วยในการลดความเครียดในการดูแล

ในงานวิจัยเกี่ยวกับการลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ (ชลาลัย ดงพะจิตร, 2547) การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ศิริรัตน์ คุ่มสิน, 2546) การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

การให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแล (อนงค์พร แสงงาม, 2549) และในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล โดยการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (จิราภรณ์ นพคุณขจร, 2547) การใช้วิธีการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ ในการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น (ชาลีนี สุวรรณยศ, 2546) เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้พบว่าเน้นในด้านการศึกษา การสอนและการให้คำปรึกษา แต่ยังไม่พบว่ามีผลลดความเครียดในการดูแล ด้วยการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่าการนำการฝึกการแก้ปัญหาโดยใช้การแก้ปัญหาในรูปแบบ COPE ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Grant et al., 2001) และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในการจัดการกับปัญหาในเรื่องความเจ็บปวด (Matthew & Julia, 1999) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า การฝึกแก้ปัญหาจะช่วยลดความเครียด และช่วยในการรับมือกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Sobel & Worden, 1982) อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่เป็นการฝึกการแก้ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยรูปแบบ COPE ยังไม่ได้มีการศึกษาพัฒนาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีความคิดสร้างสรรค์ มองเชิงบวก มีการวางแผน และได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล ซึ่งจะเป็นทักษะที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อช่วยลดความเครียดจากการจัดการปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ด้วยความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะนำแนวคิดด้านการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) มาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและหาทางออกในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การลดการเกิดภาวะเครียดจากการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### คำถามการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา แตกต่างกันหรือไม่
2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันหรือไม่



### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นงานที่ซับซ้อนและค่อนข้างหนัก อีกทั้งยังต้องรองรับกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลและผลกระทบด้านอื่นๆ อีกมากมาย และในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวมักจะประสบปัญหาต่างๆ มากมายในระหว่างการดูแล และต้องแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ตลอด อีกทั้งความคาดหวังต่างๆ ทั้งจากตัวเองและคนรอบข้างจะก่อให้เกิดความเครียดตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะเกิดความเครียดตามมา (Dennis et al., 1994; ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล, 2548) โดยในความเครียดที่เกิดจากตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดที่เกิดจากปัจจัยภายในของผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในการดูแลได้ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญโดยการแก้ไขปัญหาจะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองจากปัญหาหรือความเครียดที่คุกคาม (Pearlin et al., 1990) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องมีทักษะและมีความรู้ในการแก้ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีขั้นตอน จะทำให้ปัญหาคลี่คลายได้ และมีความคิดเชิงบวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะสามารถลดความเครียดในการดูแลที่เกิดกับตนเองได้ จะต้องได้รับการส่งเสริมการฝึกการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเตรียมพร้อมในการรับมือกับปัญหา เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหา เบื้องต้นเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง และพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาในการดูแล เน้นจัดการที่ตัวปัญหาให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และจัดการการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุหรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองไปในเชิงบวกได้ จะส่งผลในการดูแลในระยะยาว

จากแนวคิดการฝึกการแก้ปัญหาของ Houts et al. (1996) เป็นการฝึกการแก้ปัญหาซึ่งเทคนิคที่ใช้เรียกโดยย่อว่า COPE คือ

1. การมีความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นการคิดเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย มีทางออกในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถนำวิธีการแก้ปัญหามาปรับใช้ได้ตรงกับปัญหาและความต้องการได้อย่างเหมาะสม

2. การมองเชิงบวก (Optimism) เป็นการปรับให้มีทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น มองปัญหาในเชิงบวก ลดความรู้สึกเชิงลบ จะทำให้การแก้ปัญหาไปในทางที่ถูกต้อง มองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย เกิดความภาคภูมิใจ คลายความเครียดลง

3. การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนการแก้ปัญหาตามขั้นตอน จะช่วยให้มีทิศทางในการแก้ปัญหา มีการจัดลำดับปัญหา คิดเป็นขั้นตอน และมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความหวังในการแก้ปัญหา

4. การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล (Expert information) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและจากแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความรู้ และการได้รับคำแนะนำ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหา และสามารถตัดสินใจและเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

การฝึกการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีความพร้อมในการเผชิญและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ และพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาในการดูแล เน้นจัดการที่ตัวปัญหาให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และจัดการการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ ได้รับข้อมูล คำแนะนำ และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ หรือจากแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้ดี ดังนั้นการฝึกการแก้ปัญหาจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพร้อมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกพึงพอใจ กับความพยายามของตนเอง ช่วยเพิ่มกำลังใจในการดูแลและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งช่วยส่งเสริมในการคิดบวกให้เพิ่มขึ้น สุขภาพจิตผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น ช่วยลดความเครียดในการดูแลและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Houts et al.,1996)

แนวคิดการฝึกการแก้ปัญหา ตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) พบว่ามีการนำมาใช้ในการให้ความรู้ผู้ดูแลในครอบครัวในการฝึกการแก้ปัญหา พบว่าช่วยลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Houts et al., 1996) จากแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การฝึกแก้ปัญหาเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหา หากทางออกให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม และเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือลดความเครียดในการดูแลได้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

## สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา
2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจตามนัดที่ตีผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

**ตัวแปรที่ศึกษา** คือ ความเครียดในการดูแล

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา** หมายถึง กิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาล ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาบนแนวคิดของ Houts et al., (1996) โดยพยาบาลดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกวิธีการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดจากตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง แบ่งเป็นกิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

**1. การฝึกคิดสร้างสรรค์ (Creativity)** เป็นกิจกรรมการฝึกการแก้ปัญหารายกลุ่ม ด้วยการคิดสร้างสรรค์ โดยการค้นหาทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่ทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยวิธี การใหม่ๆ ที่เหมาะสม โดยยกสถานการณ์ตัวอย่างที่เป็นปัญหาและร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายมุมมอง

**2. การมองเชิงบวก (Optimism)** เป็นกิจกรรมการปรับมุมมอง หรือทัศนคติที่มีต่อการแก้ปัญหา ลดความคิดเชิงลบ เพิ่มความคิดเชิงบวก การมองโลกในแง่ดี มองปัญหาเป็นความท้าทาย

ทหาย ตั้งความหวัง มีจุดมุ่งหมาย และเป็นการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหา จะช่วยให้การแก้ปัญหาไปในทางที่เหมาะสม โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเขียนความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก ชี้ให้เห็นถึงการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นการแสดงถึงความกตัญญูไม่ใช่ภาระ และสอนการให้กำลังใจตัวเองให้ยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ พร้อมกล่าวชมเชยผู้ดูแลในครอบครัวในการรับบทบาทการดูแล

**3. การวางแผน (Planning)** เป็นกิจกรรมการวางแผนในการแก้ปัญหาตามขั้นตอน โดยสอนผู้ดูแลในครอบครัวในการวางแผนการแก้ปัญหาตามขั้นตอน ของ Nezu et al. (1989) ได้แก่ การทำความเข้าใจในปัญหา การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย การค้นหาทางเลือกในการแก้ ปัญหา การตัดสินใจ และการปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเขียนปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว โดยพิจารณา ความสำคัญ ความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องแก้ไข วิธีการแก้ปัญหา และการตัดสินใจเลือกวิธีการ แก้ปัญหา

**4. การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล (Expert Information)** เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาที่พบบ่อยในการ ดูแลและแนวทางการแก้ไข รวมถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการช่วยเหลือเบื้องต้นใน สถานการณ์ฉุกเฉิน พร้อมคู่มือการดูแลและแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง

**ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศ หญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจตามนัดที่ตีผู้ป่วยนอกแผนก โรคสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living Index : MBAI) แพลและตัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) ที่มีภาวะพึ่งพาตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence) ถึงการ พึ่งพาระดับรุนแรงมากต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence)

**ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้การดูแลมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นสามี ภรรยา น้อง บุตร หลาน มีอายุตั้งแต่ 20 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป

**ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือ ความรู้สึกเป็นปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยประเมินได้จากแบบ วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pearlin et al., 1990) โดยมีความเครียด

ในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ถึงความเครียดในการดูแลในระดับรุนแรง โดยวัดปัจจัยในตัวผู้ดูแล ในครอบครัว ปัจจัยในตัวผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียด ซึ่งมี 15 ด้าน ได้แก่

**1. ด้านการรู้คิด (Cognitive status)** หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้ การจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อไม่นาน การรับรู้วัน เวลา การจดจำสิ่งของต่างๆ ทำการทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ บอกตำแหน่งที่วางของสิ่งของภายในบ้านของตนเองได้ การจดจำผู้คน และการสื่อสารที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว

**2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problematic behavior)** หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการแสดงออกหรือการกระทำของผู้สูงอายุ การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น สับสน ถามคำถามหรือเล่าเรื่องเดิมซ้ำๆ แยกตัว ซึมเศร้า ท้อแท้ ก้าวร้าว เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแล รวมถึงการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

**3. ด้านภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น (Overload)** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว ถึงความรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้อ่อนล้าและเหน็ดเหนื่อย เกินความสามารถที่จะรับมือไหว มีความยากลำบากในการดูแล ไม่มีเวลาสำหรับตนเองจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ

**4. ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพ (Relational deprivation)** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงความยากลำบากปัญหาของการดูแลที่เกิดจากการติดต่อสื่อสาร เช่น สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลที่เคยรู้จัก ขาดการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ รอบข้าง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เป็นต้น

**5. ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict)** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในการดูแลอันเกิดจากสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลที่ต่างกัน เจตคติและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ความเอาใจใส่ ความเคารพ เจตคติและการปฏิบัติต่อผู้ดูแลในครอบครัว ความเชื่อมั่นในตัวของผู้ดูแลในครอบครัว

**6. ด้านความขัดแย้งระหว่างการทำงานและการเป็นผู้ดูแล (Job caregiving conflict)** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุถึงปัญหาความยากลำบากต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ผู้ดูแลในครอบครัวทำหน้าที่ประจำอยู่ มีเวลาในการทำงานของตนเองลดลงจากการที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ ขาดงานบ่อยครั้ง รู้สึกกังวลเมื่อต้องมาทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

7. **ด้านความเครียดจากภาวะทางเศรษฐกิจ** (Economic strains) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากของภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

8. **ด้านภาวะจำยอมในการดำรงบทบาท** (Role captivity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากของภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่เต็มใจในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว รู้สึกถูกจำกัดอิสระ ต้องให้การดูแลตลอดเวลา

9. **ด้านการสูญเสียความเป็นตัวเอง** (Loss of self) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในการอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุตลอดเวลาเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

10. **ด้านความสามารถในการเป็นผู้ดูแล** (Caregiving competence) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในความสามารถของตนเองต่อการจัดการหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

11. **ด้านประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล** (Personal gain) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากที่ส่งผลต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดจากการให้การดูแลผู้สูงอายุ เช่น จุดแข็ง ความเชื่อมั่น การเรียนรู้สิ่งแปลกใหม่ และความรู้สึกทำทนาย

12. **ด้านการจัดการสถานการณ์** (Management of situation) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการแก้ไขหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง หรือเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น อ่านหนังสือคุยกับแพทย์ เป็นต้น

13. **การจัดการความรู้สึกภายในตน** (Management of meaning) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ความคิดบวกที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ

14. **ด้านการจัดการความเครียด** (Management of distress) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากในการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ตนเองเกิดความผ่อนคลายจากความเครียด เช่น ออกกำลังกาย ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น

15. **ด้านการแสดงออกทางความรู้สึก** (Expressive support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาความยากลำบากซึ่งเป็นผลจากการได้รับกำลังใจ

ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจ ไว้วางใจ และความเชื่อมั่นต่อผู้ดูแลและคอยให้การช่วยเหลือต่างๆ แก่ผู้ดูแลในครอบครัว จากเพื่อนหรือญาติ

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอน โดยพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำในกรณีกับผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้สูงอายุมีปัญหา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางในการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และหาทางออกได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำไปเป็นแนวทางการเรียนรู้ อีกทั้งนำไปพัฒนาและสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการนำไปใช้สำหรับฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสอนการฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา สามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ดูแลในครอบครัวทุกกลุ่มโรค เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องพบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมาจากการดูแล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามประเด็นหัวข้อ ต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
  - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.5 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ
  - 1.6 การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.2 ประเภทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ
  - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.5 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ
  - 3.1 ความหมายของความเครียด
  - 3.2 แนวคิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ
  - 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 3.3 ระดับของความเครียด
  - 3.4 ผลกระทบของความเครียดในการดูแลต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ
  - 3.5 การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 3.6 ระดับของความเครียด
4. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการช่วยเหลือครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา



- 5.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหา
- 5.2 แนวคิดวิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving Approach) ของ Houts et al. (1996)
6. โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในงานวิจัย

## 1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาจเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย ที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุถึงแก่ชีวิต หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังเป็น สาเหตุ สำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น (Jones & Tscheschlog, 2003; Hickey, 2009)

#### 1.1.1 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และพบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกสำรวจพบว่าประเทศไทยเป็น 1 ใน 23 ประเทศในโลกที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด (กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, 2552 อ้างใน Horton R, 2008) และเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) ประมาณร้อยละ 75 - 80 และโรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ประมาณร้อยละ 20 - 25

#### 1.1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

เกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง คือ มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้น

เอง ทำให้เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือทำให้เลือดออกใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จะไม่รวมการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองอันมีสาเหตุมาจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อโรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2554)

#### 1.1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Thrombosis)

เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองจะทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยง ขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด เกิดได้จากสาเหตุ ดังนี้

1. มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง เกิดจากมีไขมันและหินปูน มาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆ จนมีการอุดตันในที่สุด พบได้มากในผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคต่างๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจัด ส่วนน้อยเกิดหลอดเลือดอุดตันจากโรคของหลอดเลือดเอง เช่น หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด หลอดเลือดอักเสบ หรือมีความผิดปกติในการแข็งตัวของหลอดเลือด

2. มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ่มเลือด คือเลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้ จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้

#### 1.1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติ ซึ่งในโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจแบ่งได้เป็น

1. หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral หรือ Intraparenchymal Hemorrhagic Stroke) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นทันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมามีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมองผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2. หลอดเลือดแตกในชั้นของเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhagic (SAH) stroke) สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมองบริเวณฐานกะโหลก เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใดผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงบางรายอาจหมดสติ หรือเสียชีวิตได้ ตั้งแต่ระยะแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน

## 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท

**1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน** อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน ซาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือ มีความรู้สึกสับสน ผู้ป่วยมักจะมี ความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียว เช่น ถ้ามีการตีตันของหลอดเลือดในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย และอาการอัมพาตมักจะเป็นนานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตลอดชีวิต

**1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก** อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกรเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียว มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง อาจชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรงผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รุนแรงกว่าเล็กน้อย 2 ชั่วโมง ซึ่งมักตายใน 1-2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสฟื้นและดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดทันทีอาจช่วยให้รอดได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งอาการเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่เริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง
2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1- 14 วัน
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และในระยะฟื้นฟูระยะหลัง จะเป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ซึ่งระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษาการพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

### 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### 1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1.3.1.1 ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 mmHg ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็น

1.3.1.2 เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วน

1.3.1.3 ไขมันในเลือดสูงปกติ ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดี (High density lipoprotien) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็น plaque เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้

1.3.1.4 โรคหัวใจ เช่น มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ หรือโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด atrial fibrillation มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

1.3.1.5 บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

1.3.1.6 แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือด ออกร่างกระดูกในหัวใจ เดินผิดจังหวะ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง

#### 1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

1.3.2.1 อายุ พบว่าอายุมากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่า ของคนที่อายุน้อย

1.3.2.2 เพศชาย เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับเพศหญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิด มีโอกาสเป็นโรคและเสี่ยงต่อการตายมากกว่าเพศชาย

1.3.2.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

### 1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการประเมินและการตรวจการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองสามารถกระทำได้หลายวิธีดังนี้

1.4.1 การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาซึ่งข้อมูลที่สามารถบอกขอบ

เขตของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่การตรวจต่อไป

#### 1.4.2 การตรวจร่างกาย

1.4.2.1 การตรวจร่างกายทั่วไปประกอบด้วย การตรวจร่างกายในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจ เป็นต้น

1.4.2.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน neurological sign การประเมินโดยใช้ Stroke Scale Score ที่มีการใช้ เช่น The National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rank inscale และ Barthel index เป็นต้น

1.4.3 การหา vascular risk factors และตรวจเลือด เช่น Complete blood count with platelet count, Fasting plasma glucose

#### 1.4.4 การตรวจทางรังสีวิทยา

1.4.4.1 การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography Scan; CT scan) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของสมอง ใช้แยกโรคได้ชัดเจนว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก และแยกก้อนเนื้องอกในสมอง ที่มาด้วยอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.4.2 การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging; MRI) การตรวจชนิดนี้ช่วยให้เห็นความผิดปกติของเนื้อสมองที่ขาดเลือดได้อย่างละเอียด และ Magnetic Resonance Angiography (MRA) ช่วยให้เห็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

1.4.4.3 การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid duplex ultrasound) การตรวจหลอดเลือดแดง Carotid Artery ด้วย Duplex Ultrasound จะช่วยในการวินิจฉัย Carotid Stenosis หรือ Carotid Plaque

### 1.5 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ มักพบว่ามีอาการหลงเหลืออยู่ได้มากหลังพ้นจากภาวะวิกฤติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ดังนั้นจึงมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ตามมามากมาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.5.1 ด้านร่างกาย เมื่อเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองสมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงานก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนเมดัลลาและสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายได้ คือ แขนขาอ่อนแรง (Hemiparesis) หรืออัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองซีกหนึ่ง จะเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง ซึ่งอาการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่แขนขาหนักยกไม่ขึ้น ทำให้ละเลยอวัยวะซีกที่เกิดพยาธิสภาพ เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา แขนขาที่อ่อนแรงเกิดการบวมทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากนั้นเวลาต่อมา จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อมือ ข้อศอก ข้อเข่า นิ้วมือกำแน่น นิ้วเท้างอเข้าและข้อสะโพกกางออก ถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บจะทำให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดไหล่ และตามมาด้วยข้อไหล่ติด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550)

1.5.1.2 ความผิดปกติของการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งควบคุมการพูด ความเข้าใจภาษา ความคิด จินตนาการและความสามารถสำคัญอื่นๆ อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด โดยความผิดปกติที่พบ เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด ซึ่งผู้ป่วยบางรายจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้หรือบางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าทำให้พูดไม่ชัด ซึ่งจากความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ทำให้มีปัญหาทางด้านการติดต่อสื่อสาร เพราะไม่สามารถทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจความคิดตนได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจความคิดของตนได้ จึงเกิดความคับข้องใจตามมา ปัญหาด้านภาษาและการพูดที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย อาจพบได้ราวร้อยละ 4 – 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากภาวะเฉียบพลันทั้งหมด (จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ, 2548)

1.5.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร ภาวะการณกลืนลำบากพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 80 (ยุพิน ชัยชล, 2550) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 12 ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเคี้ยว การเคลื่อนไหวของลิ้น ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารในทิศทางต่างๆ ไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้การกลืนอาหารลำบาก จึงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจตามมา เช่น สำลัก ปอดอักเสบ ภาวะขาดสารน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า (Han, et al., 2001) รวมถึงการเสียชีวิตได้ (Gordon, Hower, & Wade 1987)

1.5.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองซีกขวา ซึ่งเป็นซีกไม่เด่น ความผิดปกติที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส เช่น ความเจ็บปวด แร้งกต ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกตินี้อาจพบหลายอย่างพร้อมกัน หรือพบเป็นบางอย่างได้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกจุดสัมผัสได้ ความบกพร่องนี้ส่งผลให้ได้รับอันตรายจากสิ่ง แวดล้อมใกล้ตัวได้

2. การสูญเสียการรับรู้ต่อเวลาบุคคล และสถานที่ ทำให้ สับสนไม่รู้จักเวลา บุคคลและสถานที่ มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

3. ความพร่องในการรับรู้ต่อตนเองและความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความเอาใจใส่ต่ออวัยวะที่มีความพิการหรือเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น คือ ปฏิเสธความ เจ็บป่วยและละเลยร่างกายซีกที่มีความพิการ ส่งผลให้อวัยวะซีกนั้นไม่ได้ใช้งานมีความบกพร่องในการ ปรับท่าทาง การกระเษะทางเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ

4. การรับรู้เรื่องการมองเห็นผิดปกติ ปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้งสองตา ทำให้ไม่สามารถมองเห็นด้านที่มีความพิการ เกิดการละเลย ไม่สนใจสิ่งแวดลอมด้านที่เป็นอัมพาต หรือไม่รับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น เกิดความผิดปกติของลานสายตา และระยะการมองเห็นจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.5.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการระลึกที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ โดยเฉพาะความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป หรือสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา พบในรายที่พยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในการคิดแก้ปัญหา การคิดคำนวณ การตัดสินใจ การมี เหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุผลความคิดกับสถานการณ์จริง ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้

1.5.1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคสมองหลาย รายมักจะมีผลผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งจะมีพยาธิสภาพ ของสมองส่วนหน้า (Coggrave, 2008) ผู้ป่วยบางรายปัสสาวะไม่ได้หรือมีปัสสาวะคั่งค้างอยู่ใน กระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถถ่ายออกเองได้หมดเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวของ กล้ามเนื้อ ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก ส่วนปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองส่วนใหญ่พบปัญหาท้องผูก (Bracci et al., 2007) ทั้งนี้อาจเนื่องจากชนิดของอาหาร ปริมาณน้ำ ที่ได้รับน้อย ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือมีแรงจูงใจในการขับถ่ายน้อยลงอันเป็นผลเนื่องมาจาก ปัญหาทางด้านจิตใจ

1.5.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ได้มีการรวบรวมการศึกษาปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง หลายกรณีด้วยกันพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย และส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ลดลง อาจมีสาเหตุจากการทำกิจกรรมทางเพศเป็นไปด้วยความยากลำบาก จากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศ เหนื่อยล้าได้ง่าย สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ หรืออาจมีความต้องการทางเพศลดลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิด เป็นต้น ประกอบกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยหยุดการมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ลดลง ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

1.5.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะความเจ็บป่วยนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลถึงจิตใจและอารมณ์ เพราะความบกพร่องหรือความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพจิต ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ

1.5.2.1 ภาวะซึมเศร้า ซึ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงานและความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมกับทางสังคมน้อยลง

1.5.2.2 ภาวะวิตกกังวล จากความกลัวในภาวะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และภาวะจิตของความเจ็บป่วยยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นอย่างมาก มีความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น การสูญเสียความมีสุขภาพดี สูญเสียความผาสุกในชีวิต สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบสนอง ได้แก่ การถอยหนีจากสังคม ทำให้แยกตัวเอง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดได้ง่าย โกรธ ก้าวร้าว หมดหวัง

ผลกระทบทางด้านจิตใจเหล่านี้ย่อมมีผลโดยตรงต่อสภาวะร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย อ่อนล้า หมดแรง เหนื่อยง่าย เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จะเห็นได้ว่าปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด

1.5.3 ด้านสังคม จากปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทใน



ครอบครัวและสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย กล่าวคือ จากที่ผู้ป่วยที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของคนอื่นๆ ในครอบครัวก็ต้องเปลี่ยนมาพึ่งพาผู้อื่น หรือหากผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในสังคม แต่หลังจากป่วยอาจไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้อีก ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติและบุคคลในสังคมลดลง มีความรู้สึกถูกแยกจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกว่าเหว (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537)

1.5.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องมีการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเองจะมีรายได้ที่จำกัด ครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกายและระบบสั่งการ ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่อย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทั้งด้านการเดิน การเคลื่อนไหว การสื่อสารเกิดความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน โดยระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุแต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) จึงจำเป็นต้องมีการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง

#### การวัดระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ของคอลลินและคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (Jitapankul et al., 1994) ได้นำแบบประเมินมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทยและมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยมีการนำไปลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์สูง (Criterion - related validity) (Jitapankul et al., 1994) ประกอบด้วยด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้สຸขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การอาบน้ำความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย โดยแบ่งความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการต้องการความช่วยเหลือ โดยมีการให้คะแนนตามความสามารถของแต่ละกิจกรรม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Jitapankul et al., 1994)

คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence)

คะแนน 5 - 8 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence)

คะแนน 9 - 11 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence)

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การพึ่งพาระดับเล็กน้อย (Mildly Severe Dependence)

จากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

## 1.6 การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการฟื้นฟู เป็นภาระที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องกระทำต่อเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า การที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

### 1.6.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.6.1.1 การบริหารกล้ามเนื้อ ด้วยการออกกำลังกายแบบ Active และ Passive range of motion การเคลื่อนไหวย้ายตัวเองและการฝึกเดิน ซึ่งในการฝึกเดินในช่วงระยะเวลา 1 - 3 เดือนหลังเกิดโรค เป็นระยะเวลาที่ได้ประโยชน์และได้ผลดีที่สุด การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพื่อป้องกันความพิการ และส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น

1.6.1.2 การสื่อสาร ผู้ดูแลในครอบครัวควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้สูงอายุ ในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้ผู้สูงอายุสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ตอบเพราะทำให้เกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย และไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

1.6.1.3 การกลืน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก บริเวณลิ้น ปากจะมีอาการชา สูญเสีย Gag reflex ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกการกลืนและการรับประทานอาหาร

1.6.2 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุจะเกิดความเครียดและซึมเศร้า โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สถานะเศรษฐกิจที่แย่ลง อาการที่แย่ลง ผู้สูงอายุบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการสื่อสารกับคนอื่นๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ

1.6.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้าน จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากเช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง และภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

1.6.3.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนด้วยวิธีลากเพราะผิวนั่งจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการระคายเคืองและเป็นแผล นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหายของแผล

1.6.3.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ การดูแล คือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะเช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จาก การใส่สายสวนปัสสาวะ การคั่งค้างของปัสสาวะ ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะ และดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

1.6.3.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5 - 10 ครั้ง วันละ 1 - 2 ครั้งในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบระยะยาวด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีการประเมินความต้องการในการตอบสนองที่แท้จริง โดยนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลในระยะยาวได้ อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ความต้องการการดูแลในทุกด้าน เพื่อให้เป็นภาระต่อผู้ดูแลในครอบครัว และสังคมให้น้อยที่สุด และเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องจำหน่ายกลับบ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นตัว ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนอาจจะได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัว และในผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก มักเป็นบุคคลในครอบครัว ที่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ และลดปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ญาติจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากจะเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นภารกิจที่ยาวนานที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และยังเป็นสิ่งที่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจและตั้งใจ ต้องการทักษะ ความชำนาญในการให้การดูแล สามารถวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ 2 ลักษณะโดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแลซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ดูแลหลัก หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ใน เครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Davis (1992) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกภายในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่บ้าน หรือในชุมชน

Pearlin และคณะ (1990) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่คอยช่วยเหลือ ทำกิจกรรมต่างๆ หรือเป็นเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด คอยให้การดูแลช่วยเหลือ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญในการพิจารณา คือ ญาติหรือบุคคลอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยจะมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

National Family Caregiver Association (2006) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

จากการทบทวนความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ เป็นเพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือโดยที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน รับผิดชอบโดยการเป็นผู้ดูแลหลัก

## 2.2 ประเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

แบ่งตามความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกได้ตามระดับของเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล (Horowitz, 1985) ซึ่งประกอบด้วย

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยแต่งตัว การป้อนอาหาร การช่วยในการขับถ่าย การจัดเตรียมให้ผู้รับการดูแลรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect Care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

จากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองก็ได้ ทั้งนี้การให้การดูแลผู้สูงอายุ จะได้รับมากน้อยเพียงใด หรือใครเป็นผู้รับผิดชอบนั้น ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) และศิริมา มณีโรจน์ (2544) ได้สรุปปัจจัยต่างๆ ไว้ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขร่วมกัน โดยเฉพาะเพศหญิง ที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคม ให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เช่น ลูกต้องดูแลพ่อแม่ การเพิกเฉยหรือละเลย ย่อมทำให้สังคมตำหนิ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2543) การดูแลผู้สูงอายุโดยปกติการดูแลบิดามารดา ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัวที่ยึดถือปฏิบัติกันในสังคมไทยมาโดยตลอดและอาจกล่าวได้ว่าเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะตอบแทนบุญคุณบุพการี

2. สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ในสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อกันที่ดี จะมีความเห็นอกเห็นใจสงสาร ห่วงใยและรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแล มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล มีโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะก่อให้เกิดความเข้าใจความเห็นใจและความสงสาร ความรู้สึกดังกล่าวนี้ จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2538)

3. ศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ในผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแล จะมีแนวโน้มรับผิดชอบในการดูแลมากกว่าคนอื่น และผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสบการณ์การดูแลที่โรงพยาบาล จะเรียนรู้วิธีการดูแลได้เร็วกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่ได้เฝ้าไข้ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล โดยได้จากการเรียนรู้การดูแล จากการสังเกตและจากพยาบาลสอนในขณะที่ผู้สูงอายุรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล จะสามารถจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้ดี (Stewart & Archbold, 2008)

4. การยอมรับของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ หรือมีแรงจูงใจในการดูแลย่อมได้รับการยอมรับจากสมาชิกคนอื่นๆ

5. เวลาและความสะดวกของการดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับภาระการดูแลเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้า (Hughes & Caliandro, 1996)

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้ จากงานประจำมักเป็นผู้รับบทบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นภรรยาหรือบุตรสาว ส่วนผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นเพศชายจะช่วยเหลือสนับสนุนเรื่องการเงิน (Dring, 1989)

### 2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับจากโรงพยาบาลไปสูบ้าน ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งถ้ากระทำกิจกรรมการพยาบาลไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย (สุคติดา รัตนสมหาร, 2542)

2.3.1 การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองช่วยตัวเองให้มากที่สุด ให้การช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองซึ่งจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

2.3.2 การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2-3 มื้อ/วัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8-10 แก้ว ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ขณะรับประทานอาหารผู้สูงอายุอาจสำคัญได้ ผู้ดูแลในครอบครัวควรให้การช่วยเหลือโดยเริ่มทดสอบบริเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่ไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ควรได้รับอาหารวันละ 4 - 6 มื้อหรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย

2.3.3 การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น

อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.3.4 การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ การขับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายและเดินได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้น แต่เนิ่นๆ จะทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

2.3.5 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ได้ช่วยตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างยิ่ง ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

2.3.6 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวม ใส่สบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้สูงอายุควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกายอื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ดีก่อน

2.3.7 การนอนหลับ ควรให้ผู้สูงอายุได้เข้านอนเป็นเวลา และควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น แสงสว่าง กลิ่น และควรได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องเพื่อให้รู้สึกสุขสบาย การไหลเวียนโลหิตดี

## 2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้ว โดยมากมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง นอกจากจะกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เวลาการดูแลที่ยาวนาน และหากเกิดปัญหาขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้าน จะแตกต่างจากที่โรงพยาบาลเพราะมีบุคลากรทางการแพทย์พร้อมให้การช่วยเหลือ แต่เมื่อกลับบ้านผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและต้องตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง จากเหตุผลดังกล่าวจึงก่อให้เกิดผลจากการดูแลตามมา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ จากการศึกษาของสฤตศิริ หิรัญขุนทด (2541) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด เนื่องจากบุคคลภายในครอบครัวมักจะผลักภาระหน้าที่ในการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงผู้เดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบในทางบวกและทางลบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; ฟารีดา อิบราฮิม, 2539)



### 2.4.1 ผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลในครอบครัว

**2.4.1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพกาย** เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ต้องดูแลตลอดเวลา บางครั้งทำให้ไม่มีเวลาที่จะสนใจและดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีโรคประจำตัว อาจทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบขึ้นได้ รวมทั้งการทํากิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาที่จะทำกิจกรรมเหล่านี้ รูปแบบการดำเนินชีวิตจะเปลี่ยนไป (Oberst และ Hudges, 1991) จากการศึกษาของสตุคศิริ หิริญชุนหะ (2541) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะลืมนใจตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการทำหน้าที่พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากกิจกรรมในการดูแลจะมีทั้งกลางวันและกลางคืน ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ การสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงานและการเข้าสังคม (Jensen & Given, 1991)

**2.4.1.2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิต** เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำให้ผู้สูงอายุ ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ไม่พึงพอใจ รู้สึกถูกทิ้งให้ดูแลผู้สูงอายุตามลำพัง เกิดความรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายและรำคาญในการต้องดูแล รู้สึกขัดแย้งในบทบาทที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ (2537) พบว่าผลกระทบจากการดูแลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาท การใช้ชีวิตประจำวันและเวลาส่วนตัวทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลที่เหมาะสม การได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง ส่งผลต่อผู้ป่วยทางอ้อม คือ ทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวช้า และคุณภาพชีวิตต่ำ (Bull, 1990; บุญวดี เพชรรัตน์, 2532)

**2.4.1.3 ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่** ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน และในการต้องไปทำงานประจำนอกบ้าน ถูกรบกวนจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ จากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล พบว่าการปรับบทบาทจากเดิมมาเป็นบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน จะทำให้เกิดความคลุมเครือ และไม่มั่นใจในการดูแล และนอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องเผชิญกับอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มขึ้นอีกด้วย ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจากญาติหลายๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือคาดหวังของทุกฝ่ายได้ และเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง จะรู้สึกถูกคุกคาม และอาจทำให้หลีกเลี่ยงปัญหา ก่อเกิดเป็นความเครียดสะสมเรื้อรังตามมาได้ (ฟาริดา อับราฮิม, 2539)

**2.4.1.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ** โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการจัดหาอุปกรณ์จัดบ้านหรือสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัย จึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรเงินให้เพียงพอในการใช้จ่ายต่างๆ จากการศึกษาของเทอดขวัญ ปลูกวงษ์ชื่น (2554) พบว่าการมีเศรษฐกิจที่ดีของครอบครัว จะช่วยส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากกว่าครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และสุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวที่มีปัญหาด้านการเงินจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน และการศึกษาของนันทพร ศรีนิม (2545) ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีรายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้น ก่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายเกิดหนี้สิน

**2.4.2 ผลทางบวกต่อผู้ดูแลในครอบครัว** ผลในทางบวกที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับ คือ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแล รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับคำชมจากคนรอบข้าง รู้สึกว่าการที่ได้ดูแลทำให้สัมพันธ์ระหว่างตนและผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดมากขึ้น ได้ตอบแทนบุญคุณ จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่าผลจากการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วย จะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบ ซึ่งในการดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก เช่น มีความรู้สึกเป็นสุข รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่องคำชมจากผู้อื่น ประสบกับสิ่งที่ดีในชีวิต เป็นต้น แต่ขณะเดียวกันพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางคนได้แสดงความรู้สึกถึงความไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนทำ เป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด เป็นบุญหรือบาป เพราะบางครั้งรู้สึกว่าดูแลที่ตนทำให้บิดามารดานั้นอาจจะพูดหรือทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่ก็พยายามทำในสิ่งที่ดี คือ ได้ดูแลบิดามารดาตามที่ตนจะทำได้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ ช่อม (2536) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว

ผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามที่จะพัฒนาทักษะต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ สัมพันธภาพที่ดี และทำให้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล พร้อมทั้งจะเผชิญและแก้ปัญหา ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลที่ได้รับในทางบวก จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และอธิษฐาน ชินสุวรรณ (2549) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมองว่าตนเองมีชีวิตดีขึ้น มีความภาคภูมิใจ เพราะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ได้รับการชื่นชม ยินดีจากผู้สูงอายุหรือสังคมรอบข้าง รู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุเนื่องจากความใกล้ชิดและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน

โรคหลอดเลือดสมองมักก่อให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้สูงอายุต้องเกิดภาวะพึ่งพา ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนไป (Enterlante & Kern, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัว และออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Robinson-Smith & Mahoney, 1995) และยังได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย (พรชัย และยุพิน 2544) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดในการดูแลตามมา (Matson, 1994) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย (Lazarus & Folkman, 1984)

## 2.5 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเรียนรู้วิธีการดูแล มีความรู้และทักษะความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาความต้องการต่างๆ การขาดความรู้และทักษะจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อ การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้ (Orem, 1995 อ้างถึง ในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2.5.1 การชี้แนะผู้ดูแลในครอบครัวให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หรือปรับความสามารถในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดูแล หรือวิธีปฏิบัติให้ผู้ดูแลในครอบครัวเลือกและตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลในครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติและขอความช่วยเหลือได้ตั้งแต่แรก

2.5.2 การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้ว่าเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลใน

ครอบครัว รับฟังปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจ และสนับสนุน ให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแล นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือพยาบาลเยี่ยมบ้าน และ แหล่งประโยชน์ต่างๆ

2.5.3 การฝึกทักษะและการสอน เป็นวิธีช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการพัฒนาความรู้หรือทักษะรวมถึงการสาธิตในการดูแล เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะประกอบด้วยความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษา ความต้องการการดูแล กิจกรรมการดูแล เป็นต้น ซึ่งอาจใช้สื่อการสอนหรือใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว และในการให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกทักษะต่างๆ จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวกระทำไม่ถูกต้อง และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลในครอบครัว

2.5.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้ เช่น จัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือวิธีต่างๆ ได้

2.5.5 การให้คำปรึกษา ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆ มากมายส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความเครียดต้องการระบาย ความรู้สึกเพื่อช่วยลดความเครียด การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัววิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ทั้งปัญหาจากตัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และจากตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง แหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ควรเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องพาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจตามนัดเพื่อให้เกิดความสะดวก มีแผนกที่รับผิดชอบ ในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะรวมทั้งควรมีระบบการสื่อสารติดต่อสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การหาผู้ช่วยในการดูแล การขาดแหล่งประโยชน์ในการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในการดูแล (เพียงใจ ตรีพรวงค์, 2540) การให้ข้อมูลและคำแนะนำเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการ เนื่องจากสามารถช่วยให้การดูแลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จริยา กฤติยารรณ, 2546)

การฝึกทักษะให้ผู้ดูแลในครอบครัว ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้มีทักษะ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน การดูแลจะเป็นงานใหม่ที่ไม่เข้าใจ และไม่ได้เตรียมตัวกับการดูแล เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ไม่สามารถรับมือกับ

สถานการณ์ต่างๆ ได้ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาจึงมีความจำเป็น สามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง และช่วยเพิ่มพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Grant et al., 2006) ช่วยลดความเครียดที่ตามมาได้ (Shyu, Chen and Lee, 2004)

### 3. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ

#### 3.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นภาวะที่เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับความหมายของความเครียดนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายมากมาย พอที่จะได้กล่าว ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ระบุว่า ความเครียด หมายถึง “จัด” เช่น ตึงเครียด อาการที่สมองไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งอยู่กับงานจนเกินไป เช่น หน้าเครียด อารมณ์เครียด คนต่างๆ ไป เข้าใจความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ภาวะที่ทำให้ขัดข้องใจ และรู้สึกยุ่งยากลำบากใจในการขจัดให้หมดไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะภายในร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับความสงบและผ่อนคลาย และได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเครียดไว้มากมาย ดังนี้

สุขุมมา ฐิติพลธำรง (2535) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม จากทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของชีวิต

Roger (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะจิตใจของบุคคลที่รู้สึกวุ่นวายถูกคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ระส่ำระสายสับสนและไม่แน่ใจ ในทิศทางพฤติกรรมของตน อันเป็นผลมาจากที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างแห่งตน ทำให้เกิดกระบวนการทางจิตที่จะดึงเอากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ โดยมีลักษณะบิดเบือน การรับรู้ที่ไม่ยืดหยุ่น ผิดพลาด เกิดความวิตกกังวล ไม่ยอมรับพฤติกรรมบางส่วนของตน ซึ่งเป็นผลให้รู้สึกว่าถูกคุกคามมากยิ่งขึ้น

Lazarus (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้าในประสบการณ์ว่า สิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก 10 อัน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ทศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

จากความหมายของความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญอยู่ในภาวะที่รู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ว้าวุ่นใจ วิตกกังวล ถูกบีบคั้น ทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด ถ้าบุคคลสามารถปรับตัว และมีความพึงพอใจก็จะทำให้เกิดพลังในการจัดการสิ่งต่างๆ แต่หากไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เสียความสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน

### 3.2 แนวคิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ได้มีการศึกษาไว้อย่างหลากหลาย ขึ้นกับประสบการณ์และพื้นฐานของความคิดของผู้ศึกษาทำให้เกิดแนวคิดแตกต่างกันไป จากการศึกษาวิจัยทบทวนวรรณกรรมและศึกษาค้นคว้าเอกสารทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทยในงานวิจัยต่างๆ ที่มีผู้นำแนวคิดความเครียดในการดูแลในผู้ดูแลในครอบครัวมาใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นพบว่า งานวิจัยของต่างประเทศ มีการนำโมเดลความเครียดในการดูแลที่พบมากที่สุดจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับแนวคิดความเครียดไว้ ดังนี้

Hardy และ Conway (1988) ให้ความหมาย ความเครียดในบทบาทว่าเป็นประสบการณ์ความยากลำบากในการดำรงบทบาท ซึ่งโดยรวมแล้วมาจากการรับรู้ของบุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท

Archbold et al. (1990) ให้ความหมาย ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการกระทำบทบาทการให้การดูแล

Zarit. (1990) ให้ความหมาย เป็นความเครียดจากการดูแลเกี่ยวกับภาระ ซึ่งเป็นผลจากการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

Pearlin et al. (1990) ได้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดจากการดูแล การได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีปัจจัยหลัก ปัจจัยรอง และแนวคิดภายในจิตใจ การรับมือในการเผชิญความเครียด การได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม เหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถในการรับมือและปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ในกระบวนการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ การปรับตัวต่อความต้องการของบุคคลอื่นและการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตไปพร้อมๆ กัน รวมถึงการที่ต้องให้การดูแลซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องเรียนรู้และปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดแรงผลักดันภายในใจที่จะตอบสนองความต้องการให้ได้ บางครั้งอาจเกิดเป็นความขัดแย้งภายในใจได้ในขณะเดียวกัน ในการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงนี้เอง ทำให้ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ต้องอยู่กับขั้นตอนสถานการณ์ต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยแบ่งขั้นตอนของสถานการณ์ การดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Pearlin, 1992)

**1.ระยะ Encounter stage** เป็นระยะของการเผชิญ การรับรู้และเข้าใจใน พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ต้องเรียนรู้ทักษะการดูแลใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ใน ขั้นตอนนี้ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีประสบการณ์การสูญเสีย เป็นการที่เห็นบุคคลที่ตนรักสูญเสียสุขภาพ ที่แข็งแรงและทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว เริ่มที่จะตระหนักในสิ่งที่จะดำเนินไปของโรค

**2.ระยะ Enduring stage** เป็นระยะที่ต้องใช้ความอดทน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัว ต้องทำงานหนักในการจัดการกับปัญหาและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง อีกทั้งยังต้อง วางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มมีการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ เนื่องจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเริ่มไม่ให้ความ สนใจเท่าที่ควร และในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่มีระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับมือกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นมากมายในระหว่างการดูแล ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดได้ทุกวัน ผู้ดูแลใน ครอบครัวจึงต้องการการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้า ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาได้ (Corolyn, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของสุคติรี หิรัญชอุณหะ (2541) พบว่าระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวจะให้ความสนใจ และให้การช่วยเหลือ แต่เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยไปสักระยะหนึ่ง สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวจะให้ความ ช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเพียงลำพัง

**3. ระยะ Exit stage** เป็นระยะที่สิ้นสุดการรับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจาก ผู้สูงอายุ เสียชีวิตหรือส่งเข้าสถานบริการให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในขั้นตอน Enduring stage เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความเครียดในบทบาทที่ได้รับ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวประสบกับปัญหา และได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียด ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจากการศึกษาของนันทพร ศรีนิม (2545) ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี เป็นช่วงที่ผู้ดูแลใน ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชีรา ตั้งตระกูล (2538) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ดูแลในครอบครัว ในช่วง 3 - 6 เดือนแรกของระยะเวลา การเจ็บป่วย เป็นช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดจากการดูแลสูง และดุสิต จันทยานนท์ และ คณะ (2554) พบว่าความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน สัปดาห์ที่ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน (Stuart & Laraia, 2005) ซึ่ง หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดีด้วย แต่ถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัว ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแล

ในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม และอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่พอใจ ฯลฯ อันส่งผลต่อคุณภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรงได้ (Davis, 1992)

### 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Pearlin et al., 1990)

ความเครียดในการดูแลที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว (Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลนอกจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานะเศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ เป็นต้น ยังมีความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลโดยตรง การได้รับผลกระทบ หรือจากภายในตัวบุคคลเองที่เป็นความเครียดเรื้อรัง เมื่อมาพบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นอีก และในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีเงื่อนไขมากมาย ปัจจัยที่เกิดขึ้นนี้หากได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่ง Pearlin et al. (1990) ได้แบ่งความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวออกเป็น 2 ปัจจัย คือ

**1. ปัจจัยหลัก (Primary stressors)** เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากความต้องการในบทบาทของผู้ให้การดูแลเอง เช่น ความต้องการด้านความรู้ และข้อมูลในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีและปลอดภัย หรือการที่ต้องรับมือกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล ความพิการ การตอบสนองความต้องการหรือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความต้องการที่มากกว่าเดิมนอกเหนือจากการดูแลประจำวัน อีกทั้งปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลยังรวมถึงความรู้สึก หรือการรับรู้ถึงภาระที่หนักเกินไปของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เกิดความความเหนื่อยล้า ไม่สบายใจ รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ดังนี้

**1.1 ระดับการรู้คิด (Cognitive status)** เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุ ความสามารถของผู้สูงอายุในการจดจำสิ่งต่างๆ ความรู้สึกนึกคิด และการสื่อสาร การบอกความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีระดับการรู้คติน้อย ช่วยเหลือตนเองหรือสื่อสารได้น้อย จะก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดได้

**1.2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problematic behavior)** นอกจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการดูแลที่ซับซ้อนแล้ว การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด เหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรองรับ รวมถึงภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในความต้องการการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาระดับสูง จะทำให้ผู้ดูแลใน



ครอบครัวที่ความเครียดในการดูแลสูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากงานวิจัยของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) พบว่าระดับการพึ่งพาผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเครียดและเป็นภาระมากขึ้น

**1.3 ภาระที่เพิ่มขึ้น (Overload)** เกิดจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัว ถูกคาดหวังในหลายบทบาทเกินไปในเวลาที่กำหนด และบทบาทที่มีอยู่มากเกินกว่าจะทำได้และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จ นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแล เกิดเป็นความเหนื่อยหน่ายกับภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความต้องการในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการดูแลมาก จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีเวลาสำหรับทำบทบาทตามหน้าที่ของตนเองได้ลดลง

**1.4 การขาดความสัมพันธ์ (Relational deprivation)** ผู้ดูแลในครอบครัวจะรู้สึกว่าพวกเขาขาดการติดต่อ หรือการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เคยติดต่อ ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องใช้เวลากว้างขวางในการดูแล

**2. ปัจจัยรอง (Secondary stressors)** เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลที่เกิดจากผลกระทบทางอ้อมที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยรองแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

**2.1 ความเครียดในบทบาท (Secondary role strain)** ความรู้สึกขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการได้รับบทบาทดูแลผู้สูงอายุ ความยากลำบากในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับรู้ว่ามีบทบาทมากเกินไป การที่จะต้องทำกิจกรรมการดูแลให้เสร็จทันเวลา ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเข้าสังคม โดยแบ่งเป็น

**2.1.1 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict)** ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากมีความขัดแย้งกัน จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความขัดแย้งในการให้การดูแลโดยตรง (Pearlin & Turner, 1987) หรือการมีความต้องการที่ขัดแย้งกันเองระหว่างสมาชิกในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ซึ่งความขัดแย้งนี้เป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน 2) ด้านคุณภาพและความเอาใจใส่ของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ 3) ด้านการยอมรับในตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

**2.1.2 ความขัดแย้งในด้านหน้าที่การงาน (Job caregiving conflict)** การมีเวลาในการทำงานของตนเองลดลง จากการที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ รู้สึกกังวลเมื่อต้องมาทำงาน ซึ่งจะเป็นความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดปัญหา และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้อง

ทำงานนอกบ้าน ประสิทธิภาพการทำงานของตนเองลดลง ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดแรงกดดัน และนำไปสู่ภาวะเครียดในการดูแลได้ (Scharlach, 1989)

### 2.1.3 ความตึงเครียดด้านเศรษฐกิจ (Economic strains)

เป็นปัญหาที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งความเครียดเหล่านี้เกิดจากรายได้ของครอบครัวลดลง การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และการรักษาของผู้สูงอายุ การไม่มีเงินพอในการใช้จ่ายเดือนต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา ตั้งตระกูล (2538) พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีผลกระทบต่อการเงิน การมีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความเครียด

## 2.2 ความเครียดภายในจิตใจ (Secondary Intrapyschic strains)

เป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเอง เจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ศักยภาพ ความชำนาญหรือการเรียนรู้ในการดูแล การสูญเสียความเป็นตัวเอง การถูกจำกัดจากบทบาทที่ได้รับและสถานการณ์ต่างๆ ที่เพิ่มเข้ามาระหว่างดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดในการดูแล ในขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว และความเครียดในบทบาทที่ได้รับเพิ่มขึ้น จะเกิดการการรับรู้ในตนเองถึงผลกระทบเชิงลบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ความเครียดภายในจิตใจ จึงที่เป็นผลมาจากความเครียดหลัก ดังนี้

### 2.2.1 การจำยอมในการดำรงบทบาท (Role captivity)

เกิดจากการไม่เต็มใจในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เป็นความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเอง รู้สึกเหมือนถูกบังคับให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (Pearlin, 1975)

### 2.2.2. การสูญเสียความเป็นตัวเอง (Loss of self) จาก

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุตลอดเวลา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

### 2.2.3 ความสามารถในการเป็นผู้ดูแล (Caregiving competence)

เป็นความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ เชื่อว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดได้ จะช่วยลดความเครียดในการดูแลได้ แต่ถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง และท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลมากขึ้นได้

### 2.2.4 ประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล (Personal gain)

เป็นการจัดการโดยพัฒนาความคิดภายในจิตใจของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้จากการที่ตนได้ดูแลผู้สูงอายุ เกิดการรับรู้ในจุดแข็งของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่แปลก

ใหม่ โดยการมองว่าสิ่งที่กำลังเผชิญนั้นเป็นความท้าทาย ซึ่งเป็นการรับรู้ในเชิงบวกต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุ

**ตัวแปรคั่นกลาง** (Mediating Conditions) ในแต่ละบุคคลที่ได้รับผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละครอบครัว จะได้รับผลกระทบหรือปัญหาในรูปแบบที่แตกต่างกัน การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัว รับมือและเผชิญกับผลกระทบที่ได้รับหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนจะมีการเรียนรู้ที่จะตอบสนองในการเผชิญปัญหาหรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในวิธีที่แตกต่างไป ในขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวบางคน ที่ต้องเผชิญปัญหาเช่นเดียวกันกลับสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเช่นกัน (Pearlin, 1990) ซึ่งตัวแปรคั่นกลาง คือ

**1. การรับมือ** (Coping) เป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม โดยรวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ และการจัดการกับสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่เป็นผลมาจากปัญหานั้น หรือความพยายามในการแก้ไขความเครียดในการดูแลที่เกิดขึ้น การเผชิญปัญหาด้วยการจัดการสถานการณ์ที่สร้างความเครียดในการดูแล การประเมินและการจัดการกับอาการของความเครียดในการดูแล รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะเครียดได้ โดยเฉพาะในความเครียดรอง (Pearlin et al., 1990) และจากการงานวิจัยของวิล สุธาสคร (2549) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดทั้งวิธี การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการทางอารมณ์

**1.1 การจัดการสถานการณ์** (Management of situation) เป็นการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น อาจเป็นการจัดกระทำที่ตัวผู้สูงอายุเอง หรือการกระทำที่ตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง โดยการพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล การค้นหาข้อมูลจากคู่มือการดูแล อินเทอร์เน็ต สื่อต่างๆ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) พบว่า การเผชิญความเครียดของครอบครัว ใช้การแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยใช้กลไกทางจิต ด้วยการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตัวเอง การมองโลกในแง่ดี การควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดทั้งในด้านการปรับตัว ที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

**1.2 การจัดการความรู้สึกภายในตน** (Management of meaning) เป็นการลดความคาดหวัง การเปรียบเทียบในเชิงบวก และการค้นหาความรู้สึก จากงานวิจัยของจอม สุวรรณโณ (2540) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้สึกทางบวกจากการดูแล จะทำให้เกิดความผ่อนคลาย เกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี และการศึกษาของ

นภาพร ฤทธิวีรากุล (2547) พบว่าการมีประสบการณ์ทางบวกหรือความรู้สึกที่ดี เป็นรางวัลทางจิตใจที่เกิดขึ้น จากการดูแลและช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และทำให้มีแรงจูงใจในการดูแล

**1.3 การจัดการความเครียด (Management of distress)** เป็นการจัดการเพื่อผ่อนคลายความรู้สึกทุกข์ ตึงเครียด เช่น ออกกำลังกาย ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น

**2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันหรือยับยั้งการพัฒนาของความเครียดรอง และแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลลัพธ์ทางด้านลบที่เกิดจากผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแล (Reis, Gold, Andres, Markiewicz, & Gauthier, 1994) และในการแสดงออกทางความรู้สึก (Expressive support) จะเป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจ ไว้วางใจ และความเชื่อมั่นต่อผู้ดูแลในครอบครัว และคอยให้การช่วยเหลือต่างๆ แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากกลุ่มบุคคลหรือองค์กรในการจัดการกับความต้องการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยลดผลกระทบเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลและเพิ่มผลบวก เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การดูแลด้วยความมั่นใจ และสามารถเลือกใช้บริการชุมชนได้เหมาะสม (Congleton & Shannon, 2005)

### 3.4 ผลกระทบของความเครียดในการดูแลต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ

เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและตัวผู้สูงอายุในด้านต่างๆตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านกระบวนการคิด ด้านพฤติกรรม และด้านจิตวิญญาณ (Rawlins, 1993)

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะบ่อย การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหน้าอกตึง หายใจลำบาก
2. ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ทางลบต่างๆ เช่น วิตกกังวล ถูกคุกคาม สูญเสีย โศกเศร้า กลัว โกรธ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่วางใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
3. ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ สมาธิเสียไป ตัดสินใจไม่ดี ความคิดสับสน วนเวียนในเรื่องเดิม
4. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล บทบาททางสังคมซึ่งแสดงออกด้วยการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น หรือในทางตรงข้ามเฉื่อยชาไม่สนใจ
5. ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาที่ยึดถือ แสดงออกโดยหมดหวัง ในชีวิต ท้อแท้ อับอาย รู้สึกผิด

### 3.5 การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

ความเครียดมีลักษณะที่ซ้ำซ้อน และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในร่างกายของบุคคล ซึ่ง เป็นภาวะกดดันในตัวบุคคลที่เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้ หากเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีการแสดงออกและตอบสนองต่อความเครียด 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้าน สรีระ และเราสามารถวัดความเครียดในการดูแลได้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การวัดหรือประเมิน ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี การวัดและประเมิน ความเครียดในการดูแล หลายรูปแบบดังนี้

3.5.1 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของศรีเรศ (Sritares ,2003) ซึ่ง ใช้ประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแล ซึ่งพัฒนามาจากอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความขัดแย้งในบทบาท ด้านบทบาทไม่ตรงกับความคิด หวัง ด้านความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น และด้านความเครียดในบทบาทโดยรวม รวมทั้งหมด 42 ข้อ แต่ละข้อมีค่าช่วงคะแนนเท่ากับ 0-4 คะแนน การแปลคะแนนมี ดังนี้ 0.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทระดับต่ำ 1.66-2.66 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทใน ระดับปานกลาง และ 2.67-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทในระดับสูง ซึ่งจากการ ศึกษาของอรอนงค์ กุลณรงค์ (2555) ได้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลไปใช้วัดความเครียด ในบทบาทของญาติผู้ดูแล ในการศึกษาเรื่องความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

3.5.2 แบบวัดความเครียดของรุ่งรวี เต็งไตรสรณ์ (อ้างในอารีรัตน์ แนวชาลี และ คณะ, 2551) สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต (Life event) ผสมผสาน กับแนวคิดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (daily hassle) ของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของ ลาซารัส และ โพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมีคะแนนรวม ทั้งหมดอยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีความเครียดมาก ซึ่งจากการศึกษา ของอารีรัตน์ แนวชาลี, ศรีสมร ภูมณสกุลและ อรพินธ์ เจริญผล (2551) ได้นำแบบสอบถามดังกล่าว ไปใช้สอบถามความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์ ในการศึกษาเรื่องความสามารถใน การทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเครียดและ พฤติกรรมความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการ ตั้งครรภ์เสี่ยงของคู่สมรส

3.5.3 แบบประเมินความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของดรรารัตน์ ปานดี (2549) ซึ่งได้แปลจากแบบวัดความเครียดของเยียน (Yan, 2000) ซึ่งเยียนได้ พัฒนาแบบวัดนี้โดยใช้แนวคิดของ ลาซารัส และโพลค์แมน (Lazarus and Folkman, 1984) มี คำถาม 20 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likerts Scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เครียดเลย (1คะแนน) จนถึงเครียดมากที่สุด (5คะแนน) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-100 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาของสุมามิตา สวัสดิ์ดินถนาท (2555) ได้นำแบบประเมินความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ไปใช้วัดความเครียด

และผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ ในการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ

3.5.4 แบบวัดความเครียด (The Perceived Stress Scale [PSS]) ของโคเฮน และคณะ (Cohen et al.,1983) ซึ่งสร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ ลาสซารัส และ โพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1966)และแปลโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ โดยให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง โดยข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ คะแนนรวมแบบวัดความเครียดมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนกำหนดเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวมระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อยกว่าโดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ และแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้ ช่วงคะแนน 14-32 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 33-51 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 52-70 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง ซึ่งของแววดาว วงศ์สุระประภิต (2546) ได้นำมาวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากแอมเฟตามีน ในการศึกษาเรื่องความเครียดและวิธีการปรับแก้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการประเมินความเครียดในการดูแล พบว่ามีแบบวัดหรือแบบประเมินหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ ศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความเครียดในการดูแล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเพียร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ผู้วิจัยพิจารณาว่าข้อคำถามในแบบวัดมีความเหมาะสม สามารถนำมาวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยผู้วิจัยได้ทำการแปล และแปลย้อนกลับโดยภาษาสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วจึงนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ด้าน จำนวน 94 ข้อ ได้แก่

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. ด้านระดับการรู้คิด (Cognitive status)             | จำนวน 8 ข้อ  |
| 2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problematic behavior)   | จำนวน 4 ข้อ  |
| 3. ด้านภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น (Overload)             | จำนวน 4 ข้อ  |
| 4. ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพ (Relational deprivation) | จำนวน 6 ข้อ  |
| 5. ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict)    | จำนวน 12 ข้อ |
| 6. ด้านความขัดแย้งระหว่างการทำงานและการเป็นผู้ดูแล   | จำนวน 5 ข้อ  |

## (Job caregiving Conflict)

- |   |       |   |     |
|---|-------|---|-----|
| 7. ด้านความเครียดจากภาวะทางเศรษฐกิจ (Economic strains)          | จำนวน | 3 | ข้อ |
| 8. ด้านภาวะจำยอมในการดำรงบทบาท (Role captivity)                 | จำนวน | 3 | ข้อ |
| 9. ด้านการสูญเสียความเป็นตัวเอง (Loss of self )                 | จำนวน | 2 | ข้อ |
| 10. ด้านความสามารถในการเป็นผู้ดูแล (Caregiving competence)จำนวน |       | 4 | ข้อ |
| 11. ด้านประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล (Personal gain)         | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 12. ด้านการจัดการสถานการณ์ (Management of situation)            | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 13. ด้านการจัดการความรู้สึกภายในตน (Management of meaning)จำนวน |       | 9 | ข้อ |
| 14. ด้านการจัดการความเครียด (Management of distress )           | จำนวน | 8 | ข้อ |
| 15. ด้านการแสดงออกทางความรู้สึก (Expressive support)            | จำนวน | 8 | ข้อ |

**3.6 ระดับของความเครียด**

ความเครียดของแต่ละบุคคลแม้จะอยู่ในสภาวะการณ์เดียวกัน แต่ระดับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น อาจไม่เท่ากันเนื่องจากลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น การยอมรับ การเผชิญ และการปรับตัวของบุคคล ที่มีต่อเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ สภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งความเครียดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) ดังนี้

3.6.1 ความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะ เวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีการปรับตัว ซึ่งเป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

3.6.2 ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3.6.3 ความเครียดในระดับสูง (hight stress) หมายถึง ความเครียดระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นนั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตรายหากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังเกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

3.6.4 ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) หมายถึง ความเครียดระดับสูง ที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้น จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว ซึ่งอาจทำให้หมดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้ง่าย

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว

**4.1 การเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ (care provider)** เป็นบทบาทในการดูแลเอาใจใส่และให้ความสุขสบาย รวมไปถึงกิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การเอาใจใส่ของพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะ และต้องมีความเข้าใจต่อปัญหา ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วย ซึ่งพยาบาลทำได้โดยการแสดงให้เห็นให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เห็นถึงความห่วงใย เข้าใจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

**4.2 การเป็นที่ปรึกษา (Counselor)** การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ให้ตระหนักถึงปัญหาหรือโรคที่ก่อให้เกิดความ เครียดและการแก้ปัญหาในการเผชิญความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษา ความหมายจะรวมถึง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ ซึ่งพยาบาลจะกระตุ้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแลในครอบครัว ให้มองหาทางเลือกที่มีผลดีกับสุขภาพทั้งกายและใจ

**4.3 การเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (communicator/Helper)** การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลด้วย การติดต่อสื่อสารจะช่วยในความไว้วางใจ และรักษาซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ และมีบทบาทสำคัญในทุกกิจกรรมอย่างที่พยาบาลกระทำ เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ

**4.4 การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ (Advocator)** พยาบาลเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก่อนมีการตัดสินใจจะเข้าร่วมกิจกรรม

**4.5 การวิจัย (Research)** พยาบาลควรจะต้องทราบถึงกระบวนการและภาษาที่ใช้ในการวิจัย มีส่วนร่วมในการชี้ประเด็นปัญหาที่ต้องการวิจัย รู้จักเลือกผลการวิจัยไปใช้และไวต่อประเด็นปัญหา การปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย พยาบาลต้องสามารถอ่านและประเมินงานวิจัยได้อย่างมีวิจารณญาณเพื่อสามารถนำผลการวิจัยมาประกอบการตัดสินใจในการนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรงอยู่แล้วแต่ต้องพัฒนาขยายผลให้มีความชัดเจนและออกไปสู่ครอบครัวมากขึ้น เพราะผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงต้องสร้างรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น



## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

### 5.1 ความหมายของการแก้ปัญหา

ในการแก้ปัญหานั้น ปัญหาอาจเกิดได้ทั้งจากภายในตัวเอง ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อม และอาจรวมถึงความไม่แน่นอน การขัดแย้งกับความต้องการ ซึ่งเหล่านี้มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดความเครียดได้ ถ้าหากเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยาก หรือมีผลกระทบต่อความป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของการแก้ปัญหา ที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ดังนี้

Gazda. (1989) กล่าวว่า การแก้ปัญหา หมายถึง ทักษะที่จำเป็นในการหาข้อมูล เพื่อประเมิน วิเคราะห์ และทำปัญหาให้กระจ่าง มีการตั้งเป้าหมาย และวางแผนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ

D'Zurilla & Nezu. (2001) กล่าวว่า การแก้ปัญหาเป็นทางออกที่ ช่วยในการเผชิญ และรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเพื่อปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้มีการตอบสนองต่อการเผชิญความเครียดได้ ซึ่งทำให้บรรลุเป้าหมาย ช่วยลดผลกระทบเชิงลบอื่นๆ และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดี ที่เป็นประโยชน์ในทางบวก ต่อบุคคลและสังคมทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งกระบวนการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา (Problem Orientation) เป็นการรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นต้องแก้ปัญหานั้น โดยทำความเข้าใจในปัญหาว่ามีความคิด ความรู้สึก ความเชื่อต่อปัญหานั้นอย่างไร ซึ่งในการมองปัญหาจะมีทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในเชิงบวก คือ การมองปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ และการแก้ไขปัญหาก็เป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และในเชิงลบ คือ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ซึ่งเหล่านี้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเข้าใจในปัญหาเพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 2 การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย (Problem definition and Formulation) เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อระบุปัญหา หรือกำหนดปัญหาให้ชัดเจน และทำความเข้าใจกับปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดปัญหา วัตถุประสงค์ และมีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่เป็นจริง เพื่อช่วยให้มีความพยายามในการแก้ปัญหาต่อไป

ขั้นที่ 3 ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Generation of alternatives) เป็นการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ที่หลากหลายวิธี การมองปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายมุมมอง จะทำให้เกิดทางเลือกใหม่ๆ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา นำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับ

สถานการณ์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเทคนิคที่นิยมใช้ คือ การระดมความคิดต่างๆ ที่เป็นไปได้ ในการแก้ปัญหา อาจมีการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลหรือความคิดเห็นจากบุคคลอื่น

ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นการตัดสินใจที่จะเลือกใช้ตัวเลือกใด ในการแก้ปัญหา และจะขึ้นอยู่กับผลที่คาดว่าจะได้รับนั้นตรงกับเป้าหมายในการแก้ปัญหาหรือไม่ จากนั้นจึงพิจารณาและตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด แต่ในบางสถานการณ์ที่ถูกเงิน จะเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ต้องตัดสินใจในทันที ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก เกิดความ กัดดันและเครียดได้

ขั้นที่ 5 การปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ (Solution Implementation and Verification) เป็นการดำเนินการตามแผนการแก้ปัญหา โดยการนำวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกแล้ว ไปใช้ มีการติดตาม และประเมินประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการแก้ปัญหา

Houts et al. (1996) กล่าวว่า การแก้ปัญหาเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อปัญหา ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต เป็นกระบวนการกำหนดพฤติกรรม เพื่อการตอบสนองทางเลือกที่อาจ เกิดขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และเลือกการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวคิดด้านการแก้ปัญหามากมาย ที่จะสามารถ นำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการ แก้ปัญหาตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) ที่กล่าวว่า การฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยสอนผู้ดูแลในครอบครัวในการแก้ปัญหตามขั้นตอน โดยมีการวางแผน มีความคิดสร้างสรรค์ การมองเชิงบวก มีทัศนคติที่ดีต่อปัญหา เพื่อรับมือกับความเครียดในการดูแล ทั้งทางการแพทย์และ ทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในครอบครัวร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการ ได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และจากการศึกษาพบว่า การแก้ปัญหตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) เป็นการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบที่เรียกว่า COPE เป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลใน ครอบครั้ว เมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้านแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมและมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถควบคุมและสังเกต อาการผิดปกติทางการแพทย์ที่ได้จากการสังเกตเบื้องต้น หรือปัญหาที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เพื่อไม่ให้ พัฒนาเป็นปัญหาที่ร้ายแรง และการแก้ปัญหายังเป็นการฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหที่ เกิดขึ้นได้อย่างมีขั้นตอน มีการคิดสร้างสรรค์ การมองเชิงบวก การวางแผน และการได้รับข้อมูลจาก ผู้เชี่ยวชาญหรือแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความ เครียดในการดูแล หรือความเครียดจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Grant et al., 2001; McMillan et al., 2007)

## 5.2 แนวคิดการแก้ปัญหา (Problem Solving Approach) ของ Houts et al. (1996)

การฝึกการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเตรียมพร้อมในการรับมือกับปัญหา เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาเบื้องต้นเหล่านั้นได้ด้วยตนเองสามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดกับผู้สูงอายุหรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองไปในเชิงบวกได้ และส่งผลในการดูแลในระยะยาว แนวคิดการแก้ปัญหาของ Houts et al. (1996) กล่าวว่า การฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวโดยสอนผู้ดูแลในการรับมือกับความเครียดทางการแพทย์และทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ โดยการ ใช้เทคนิค COPE ซึ่งเป็นโปรแกรมการแก้ปัญหาโดยวิธีการคิดสร้างสรรค์ ด้วยการมองปัญหาในเชิงบวก อย่างมีขั้นตอนบนพื้นฐานความรู้ที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. **การคิดสร้างสรรค์ (Creativity)** เป็นการพัฒนากลยุทธ์ใหม่ ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ด้วยการคิดสร้างสรรค์โดยการมองหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อค้นหาทางเลือกต่างๆ สำหรับการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง ไม่เกินความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว จะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการแก้ปัญหา และในการใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านตัวอย่างโดยการยกตัวอย่างกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้จักตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้น และได้ลองคิด แก้ไข และหาทางแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งการได้ร่วมกันคิด พูดคุยกันถึงแนวทางการแก้ปัญหา จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ สำหรับวิธีการแก้ปัญหา และเกิดทางเลือกหรือมุมมองใหม่ที่ใช้ช่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหามากขึ้น และสามารถนำ มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

2. **การมองเชิงบวก (Optimism)** เป็นการปรับมุมมอง หรือทัศนคติที่มีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงเหตุผลในการดูแลผู้สูงอายุ มองโลกในแง่ดี เชื่อในหลักการการแก้ปัญหาจะก่อให้เกิดความหวัง ซึ่งจะทำให้มีแรงกระตุ้นในการที่จะทำตามขั้นตอนในการแก้ปัญหา ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง มีความพร้อมและมีมุมมองหรือทัศนคติเชิงบวกในการแก้ปัญหา ให้สะท้อนคิดความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบในการได้รับบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติ เจตคติของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้ซักถามถึงปัญหา หรือข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ กระตุ้นให้คิดแง่บวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้นและให้มีความหวังในการแก้ปัญหา โดยชี้ให้เห็นถึงการได้รับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเชิงบวก ให้มองว่าการแก้ปัญหาในการดูแลเป็นความท้าทาย ไม่ใช่เป็นภาระฝึกการกำจัดความคิดเชิงลบแทนที่ด้วยความคิดเชิงบวกและดี เข้าใจและยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งจะนำไปสู่ทางออกของการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

**3. การวางแผน (Planning)** เป็นการวางแผนในการดูแลและแก้ปัญหา มีขั้นตอน มีการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะมีผลต่อการการแก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องมีการวางแผนในการแก้ปัญหอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้กระบวนการในการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Nezu et al. (1989) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหอย่างมีขั้นตอน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องท้าทาย

**4. การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล (Expert Information)** การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือคู่มือที่ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆในการดูแล ความรู้ที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลและ ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลและการแก้ปัญหาเบื้องต้น การสังเกตอาการผิดปกติ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นคู่มือที่อธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สำหรับคนที่ไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง

สรุปได้ว่าแนวคิดด้านการฝึกการแก้ปัญหตามแนวคิดของ Houts et al.(1996) เป็นการสร้างทักษะในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีการจัดการกับความเครียดของตนเอง หากผู้ดูแลในครอบครัวใช้วิธีการวิธีการแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ปัญหาและความเครียดในการดูแลหมดไป แต่ถ้าหากใช้วิธีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพก็อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดในการดูแลมากขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (Quality of care) ผู้สูงอายุด้วย (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ 2554; Kramer 1997) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับการสอนขั้นตอนการแก้ปัญหาและฝึกฝนทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและรับมือกับปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมรับมือและจัดการกับสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการสอนการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง จะช่วยลดผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ (Grant et al., 2001; Nezu et al., 2003; McMillan et al., 2007) ด้วยความ สำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหด้วยรูปแบบ COPE ตามแนวคิดของ Houts et al.(1996) ขึ้น

## 6. โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

การฝึกการแก้ปัญหา ทำให้ค้นพบวิธีการจัดการกับปัญหา มีความคิดต่อการแก้ปัญหาของบุคคล ว่าบุคคลที่แก้ปัญหาได้ผลนั้น เนื่องจากมีการรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ธรรมดา และการแก้ปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย เพิ่มการเรียนรู้ และยังช่วยพัฒนาความคิด ให้เป็นทางบวก เกิดความอดทน และพยายามที่จะแก้ปัญหา เมื่อสามารถแก้ปัญหาได้จะส่งผลให้เกิด ความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และเมื่อแก้ปัญหาได้ ก็จะส่งผลให้ความเครียดลดลงได้เช่นกัน (Houts et al., 1996)

การฝึกการแก้ปัญหาตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) เป็นการฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวโดยสอนผู้ดูแลในการรับมือกับความเครียดในการดูแล ทั้งทางการแพทย์และทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ โดยการใช้เทคนิค COPE ซึ่งเป็นโปรแกรมการแก้ปัญหา ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การคิดสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยการคิดสร้างสรรค์โดยการมองหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อค้นหาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา และสามารถนำไปจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง 2) การมองเชิงบวก (Optimism) เป็นการปรับมุมมองหรือทัศนคติที่มีต่อปัญหา มองโลกในแง่ดี มองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย สร้างความหวังและตั้งเป้าหมาย 3) การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนในการดูแล และแก้ปัญหา มีขั้นตอน มีการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล (Expert Information) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือคู่มือที่ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆในการดูแล ความรู้ที่เป็นประโยชน์

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) ขึ้น ซึ่งโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา มีรายละเอียดแสดงตามตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 1** โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ของ Houts et al. (1996)

แนวคิดของ Houts et al.(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ครั้งที่ / สัปดาห์	ระยะเวลา
<b>1. การวางแผน (Planing)</b> เป็นการวางแผนในการแก้ไข ปัญหา มีขั้นตอน มีการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะมีผลต่อการการแก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพโดยผู้ดูแล จะต้องมีการวางแผนในการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้กระบวนการในการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน (Nezu et al., 1989) ดังนี้ ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา ขั้นที่ 2 การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย ขั้นที่ 3 ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ ขั้นที่ 5 การปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์	<b>กิจกรรมการให้ความรู้</b> 1. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่องวิธีการแก้ปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหา <b>กิจกรรมฝึกการแก้ปัญหา</b> 1.ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่ผ่านมา 2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัว ฝึกแก้ปัญหาและบันทึกปัญหาใน “แบบบันทึกฝึกการแก้ปัญหา โดยยกตัวอย่างปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวพบ 3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัว ฝึกแก้ปัญหาตามขั้นตอน 4. ผู้วิจัยติดตามการแก้ปัญหา และร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว ทบทวนปัญหาที่พบ และวิธีการแก้ไข พร้อมติดตามผลการแก้ปัญหา	สัปดาห์ที่ 1,2,3, 4,5	30 นาที

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดของ Houts et al.(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ครั้งที่ / ระยะเวลา
2.การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ และจากแหล่งข้อมูล (Expert Information) การได้รับคำแนะนำจาก บุคลากร ทางด้านสุขภาพ หรือ คู่มือที่ประกอบด้วยข้อมูล ความรู้ที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นสำหรับ การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง โดยข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลและปัญหาที่พบบ่อย ในการดูแลและการแก้ปัญหาเบื้องต้น การฟื้นฟู การสังเกตอาการผิดปกติ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นคู่มือที่อธิบายด้วยภาษาที่ เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบชัดเจน สำหรับคนที่ไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง	กิจกรรมการให้ความรู้ 1.ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน ในเรื่อง 1)โรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางด้าน ร่างกายและจิตใจ การสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2) ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือด สมอง 3) การคิดเชิงบวก 4) การคิดสร้างสรรค์ในการ แก้ปัญหา 5) ความเครียดและการจัดการ ความเครียด 6) แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่ การขอความช่วยเหลือ ที่ตรงตามความต้องการของ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง 2. ผู้วิจัยแนะนำการใช้“คู่มือโรค หลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหา เบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”และ มอบคู่มือให้ผู้ดูแลในครอบครัว	สัปดาห์ที่ 1,2,3, 4,5 30นาที

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดของ Houts et al.(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ครั้งที่ / ระยะเวลา
<b>3.การคิดบวก (Optimism)</b>		
<p>เป็นความสามารถในการเปลี่ยนด้านลบให้เป็นด้านบวก มองโลกในแง่ดี ด้วยการปรับมุมมองหรือทัศนคติที่ดี ที่มีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ปัญหา รับรู้ถึงเหตุผล ยอมรับว่าปัญหาเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มองปัญหาเป็นเรื่องปกติ สามารถแก้ไข ต้องใช้ความพยายามและระยะเวลาในการแก้ไข ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจและความพยายามในการแก้ปัญหา มีความพร้อมในการที่จะรับมือกับปัญหา และในการมีมุมมองหรือทัศนคติเชิงบวก จะช่วยจัดการกับอารมณ์ที่มีต่อปัญหาและการแก้ปัญหา นั้น ร่วมกับการได้รับกำลังใจจากผู้อื่น รวมถึงการให้กำลังใจตนเอง ซึ่งจะเป็นแรงเสริมและกระตุ้นให้มีความหวังในการเผชิญและแก้ปัญหาให้สำเร็จตามเป้าหมาย</p>	<p>1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เขียนแสดงความรู้สึกในการได้รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัว เขียนข้อดีและข้อเสียหรือผลกระทบที่ได้ รับจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อแสดงทั้งความรู้สึกเชิงบวกและความรู้สึกเชิงลบ</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกการคิดเชิงบวก โดยตอบคำถามเชิงบวก เพื่อคิดมุมกลับ ปรับชีวิต ให้เป็นบวก และสนุกกับการคิดบวกในตัวเอง</p> <p>3. ผู้วิจัยแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ดูแลในครอบครัว ในการได้รับผลกระทบจากการได้รับบทบาทผู้ดูแล พร้อมให้กำลังใจ และอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทที่ได้รับเพื่อขจัดความรู้สึกในเชิงลบ และกล่าวชมเชยในส่วนของความรู้สึกเชิงบวกจากการได้รับบทบาทผู้ดูแล</p>	<p>สัปดาห์ที่ 45 นาที</p> <p>2</p>



## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดของ Houts et al.(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ครั้งที่ / ระยะเวลา
<p><b>4. การคิดสร้างสรรค์ (Creativity)</b></p> <p>การคิดสร้างสรรค์ เป็นการพัฒนาความคิด มองหาวิธีการใหม่ๆ จากวิธีการเดิมที่มี เพื่อค้นหาทาง เลือกสำหรับการแก้ปัญหา เน้นวิธีที่สามารถนำมาใช้ได้จริง ไม่เกินความสามารถหรือยุ่งยากเกินไปที่จะนำไปปฏิบัติ จะช่วยเพิ่มความหวังและนำสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ยังเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวคนอื่นๆ เตรียมรับมือหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นได้ และการระดมสมอง จะช่วยให้เห็นถึงวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งการมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไม่ว่าจะเป็นปัญหาเดียวกันหรือคนละปัญหา จะทำให้มีทางเลือกในการแก้ ปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถเลือกและนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง</p>	<p><b>กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น</li> <li>2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการดีขึ้น จากการได้ รับการดูแลเอาใจใส่ เล่าประสบการณ์ในการดูแล เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความหวังในการดูแล</li> <li>3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนเล่าปัญหาที่พบระหว่างการดูแล รวมถึงการจัดการปัญหาและผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ดูแลท่านอื่นได้มีแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลายขึ้น</li> </ol> <p><b>กิจกรรมฝึกการแก้ปัญหา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการแก้ไข หรือผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</li> </ol>	<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>45 นาที</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดของ Houts et al.(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ครั้งที่ / ระยะเวลา
	2. ผู้วิจัยให้ ผู้ดูแลในครอบครัว ร่วมกันเลือกปัญหาโดยพิจารณาจาก ลำดับความสำคัญของปัญหา	
	3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยกันระดมความคิดต่างๆ เพื่อให้ เกิดมุมมองที่แตกต่าง โดยเสนอวิธีการ แก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด โดยไม่มี ผิดหรือถูก	
	4. ให้ผู้ดูแลในครอบครัวเลือกวิธีการ แก้ปัญหา ที่สามารถใช้แก้ปัญหา ได้จริงโดยผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลย้อน กลับ	

สรุปโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) โดยการใช้รูปแบบ COPE ซึ่งเป็นโปรแกรมการแก้ปัญหา ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1)การคิดสร้างสรรค์ (Creativity) 2)การมองเชิงบวก (Optimism) 3)การวางแผน (Planning) 4)การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล (Expert Information) โดยการจัดกิจกรรมจะเน้นเรื่องการฝึกการแก้ปัญหา ด้วยความคิดสร้างสรรค์ในเชิงบวกอย่างมีขั้นตอน และได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง มีความเครียดในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ลดลง

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) ทำการศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีความพิการเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลมาก จะมีการดูแลที่ความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลน้อย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

เพียงใจ ทิรไพวงศ์ (2540) ทำการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย จากการศึกษาพบว่าภาระการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างไปทางต่ำ กิจกรรมการเดินทางไปกับผู้ป่วยเป็นภาระมากที่สุด รองลงมา คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์ (2542) ศึกษาความต้องการการดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่ ตึกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ใช้แบบสอบถามระดับความเครียด แบบสอบถามการเผชิญความเครียดและ แบบทดสอบหมวดหมู่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกันโดยมีสัดส่วนด้านการเผชิญหน้ากับ ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด และต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเชิง ปฏิบัติขั้นพื้นฐาน กิจกรรมในการดำรงชีวิต และ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ชนิษฐา ชลาสนธ์ (2544) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการให้คำปรึกษา ร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคสมอง

เสื่อมที่ได้รับทำให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง มีระดับความเครียดลดลง แตกต่างกันในก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

นันทพร ศรีน้อม (2545) ทำการศึกษาประสบการณ์ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากการศึกษาพบว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ในเรื่องของความรู้ ทักษะในการดูแล ความหวังบุคลิกหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมทั้งความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ในเรื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความเชื่อในการรับรู้/สติปัญญา และการถดถอยทางด้านอารมณ์ 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ในเรื่องการทำบุญคุณ ความช่วยเหลือเอื้ออาทร และการชดใช้กรรม 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 5) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธีคือ 1) การทำใจ 2) การผสมผสานการรักษา 3) การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง 4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาคือ ความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้านได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือจากพี่ ๆ น้องๆ ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ของความพิการ และการรักษา และต้องการให้ช่วยเหลือด้านอาชีพการงานแก่ผู้ป่วยปัจจัยด้านผู้ดูแล ในเรื่องของความรู้ ทักษะในการดูแล การปรับแผนในชีวิตประจำวัน

บุญญรัตน์ เพิกเดช (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสาร และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินปริมาณความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับต่ำ ปริมาณการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาท และปัญหาการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาท สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น

ชุติมา มาตยมูล (2546) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาติดตามการรักษาที่คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 17-76 ปี อายุเฉลี่ย 45.59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินการรับรู้ระดับการพึ่งพาในระดับสูง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 12 เดือน และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.93 ชม./วัน จากการศึกษาพบว่า มีความเครียดจากการดูแลโดยตรงในระดับต่ำ และภาวะเหนื่อยล้าในระดับค่อนข้างสูง ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลในระดับต่ำ และการขาดแหล่งประโยชน์ในการได้รับความช่วยเหลือ

ชลาลัย ดงพะจิต (2547) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายกลุ่ม โดยทำการทดลอง ครั้งละ 50 นาที โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ในระยะทดลอง ระยะหลังทดลอง และติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า ในระยะหลังทดลอง และติดตามผล มีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

บุศกร กลิ่นอวล (2549) ได้ศึกษาผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียด และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 18 คน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลอง เสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิไล สุรสาคร(2549) ศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยอัมพาต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในตนเองในการให้การดูแลในระดับปานกลางโดยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียด ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงมาก เวลาให้การดูแลเฉลี่ย 6.7 วันต่อสัปดาห์ และ 16.65 ชั่วโมงต่อวัน มีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับเล็กน้อย ผู้ดูแลในครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์

ภรภัทร อิมโอรุ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรหญิงที่มีอายุ 41-60 ปี มีอาชีพรับจ้าง การศึกษาระดับ ประถมศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยรายเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 20 - 24 ชั่วโมง/วัน ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลต่อวัน และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล

เทอดขวัญ ปลูกวงษ์ชื่น (2554) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการพึ่งตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาศักยภาพการพึ่งตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายปัจจัย ดังนี้ 1) สัมพันธภาพภายในครอบครัว 2) ความสัมพันธ์ทางเครือญาติของผู้ดูแลกับผู้ป่วย 3) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย 4) ความสามารถในการคิดค้นและพัฒนาอุปกรณ์ช่วยดูแล 5) ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ดูแลและบุคคลอื่นในครอบครัว 6) การแสวงหาวิธีการดูแลรักษาที่ครอบครัว

สามารถทำได้ที่บ้าน 7) การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 8) เศรษฐฐานะของครอบครัว 9) สภาพความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 10) การย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อความสะดวกในการรักษา

เสาวลักษณ์ เนตรซัง (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำ มีความวิตกกังวลจากการดูแลในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลเป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพตัวแรก ตามด้วยอายุ และความเครียดในบทบาท

เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการเผชิญความเครียดของครอบครัว คือ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการแก้ไขปัญหาคือการใช้การแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยใช้กลไกทางจิต ด้วยการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตัวเอง การมองโลกในแง่ดี การผ่อนคลาย และการระบายออก การอ้างเหตุผล เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ให้ลดลง โดยการใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง และใช้ความอดทนในการควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดทั้งในด้านการปรับตัว ที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Baille, Norbeck และ Barnes (1988) ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลและการเกี่ยวพันทางสังคม โดยศึกษาจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยที่เป็นบุตร ญาติ คู่สมรส และเพื่อนตามลำดับ ด้วยการตอบแบบสอบถามแบบวัด ความเครียดจากการดูแล ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม และและแบบวัดความทุกข์ใจ ผลการศึกษาพบว่าความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ใจ และอารมณ์ ซึมเศร้า ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแล และอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาความทุกข์ใจ และอารมณ์ซึมเศร้าลงได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being)

Houts และคณะ (1996) ทำการทบทวนวรรณกรรมการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวโดยการให้ความรู้ในการฝึกวิธีการแก้ไขปัญหา พบว่าความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องการข้อมูลและการฝึกอบรมในการดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และต้องการคู่มือที่ใช้ในการดูแล การแก้ปัญหาที่พบในขณะที่ให้การดูแล โดยได้พัฒนาโปรแกรมสำหรับการฝึกวิธีการแก้ปัญหา สรุปไว้ในคำย่อ COPE (ความคิดสร้างสรรค์ มุมมองเชิงบวก การวางแผน และการได้รับ

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหรือผู้เชี่ยวชาญ) ซึ่งเป็นการสอนผู้ดูแลในครอบครัวในการฝึกการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ซึ่งการแก้ไขปัญหาย่อยจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยและสามารถช่วยบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวได้

Grant และคณะ (2002) ทำการวิจัยการใช้โทรศัพท์กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการวิจัยพบว่าการใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยลดลง มีความพร้อมในการดูแล และสามารถจัดการกับปัญหาเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการฝึกอบรมวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีด้วยวิธี COPE โดยพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และจากนั้นใช้วิธีการแก้ปัญหาทางโทรศัพท์ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจในความสะดวก คลายความตึงเครียด ความกังวลลดลง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขึ้น

Susan & McMillan (2007) ทำการวิจัยเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม COPE ในการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพยาบาลวิชาชีพให้การสอนและฝึกอบรมผู้ดูแลในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาย่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น ปวด ท้องผูก หายใจลำบาก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการใช้วิธีการแก้ปัญหา COPE ในการจัดการกับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ในผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับการฝึก COPE คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ดูแลในครอบครัว ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว คือ ความเครียดในการดูแล (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน (จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล, 2548) ผู้ดูแลในครอบครัวล้วนแต่ประสบปัญหา และได้รับผลกระทบจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในการดูแล ต้องเผชิญกับปัญหา และต้องแก้ปัญหาเพียงลำพัง จากผลการวิจัยของสุลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิลป์ (2542) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัว ใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้าโดยการมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียด และหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (Quality of care) ผู้สูงอายุด้วย (ดุสิต และคณะ 2554; Kramer 1997)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวทางในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อค้นหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดในการดูแลที่เกิดจากการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการฝึกวิธีการแก้ปัญหาของ Houts et al. (1996) ซึ่งเป็นการฝึกวิธีการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวโดยสอนผู้ดูแลในครอบครัวในการรับมือกับความเครียดในการดูแลทั้งทางการแพทย์และทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว โดยการใช้การแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ซึ่งเป็นโปรแกรมการแก้ปัญหาที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การคิดสร้างสรรค์ การมองเชิงบวก การวางแผน และการได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในการดูแลลดลงได้ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1





### กรอบแนวคิดในงานวิจัย

<p>โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ด้วยวิธี COPE (Houts et al., 1996) เป็นการจัดกิจกรรมแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งหมด 5 ครั้ง กิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง การจัดกิจกรรม ประกอบด้วย</p>	
ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการฝึกการแก้ปัญหา	องค์ประกอบ
<p><b>1. การฝึกคิดสร้างสรรค์ (Creativity)</b></p> <p>1.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาที่พบ และการแก้ปัญหาพร้อมกัน</p> <p>1.2 การพัฒนาความคิด มองหาวิธีการใหม่ๆ ทบทวนและรวบรวมแนวทางแก้ปัญหา เพื่อค้นหาทางเลือก พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย เน้นวิธีการการแก้ปัญหา ที่สามารถนำมาใช้ได้จริง</p> <p>1.3 การยกตัวอย่างสถานการณ์ตัวอย่าง ที่เป็นปัญหาที่พบ และสถานการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ดูแลต้องแก้ปัญหาหรือตัดสินใจอย่างเร่งด่วน</p> <p>1.4 การระดมสมอง หาทางแก้ปัญหาร่วมกัน การมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่าง ทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถเลือกนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง</p> <p><b>2. การฝึกคิดบวก (Optimism)</b></p> <p>2.1 การเสริมสร้างความสามารถในการเปลี่ยนด้านลบให้เป็นด้านบวก ด้วยการปรับมุมมองหรือทัศนคติในการได้รับบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>2.2 การช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหา และเตรียมความพร้อมในการรับมือ มองปัญหาเป็นเรื่องปกติ สามารถแก้ไขได้</p> <p>2.3 การชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวในเชิงบวก การให้กำลังใจ และกระตุ้นให้มีความหวังและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา</p> <p><b>3. การฝึกวางแผน (Planing)</b></p> <p>3.1 การใช้กระบวนการแก้ปัญหา การพัฒนาให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>3.2 การสอนขั้นตอนในการแก้ปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย</p> <p>3.3 การฝึกการแก้ปัญหตามขั้นตอน จากสถานการณ์ตัวอย่าง</p> <p><b>4. การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและแหล่งข้อมูล (Expert Information)</b></p> <p>4.1 การสร้างสัมพันธภาพไปพร้อมกับการให้ความรู้ในข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลและปัญหาที่พบบ่อย การสังเกตอาการผิดปกติ การใช้ยาและการข้างเคียง</p> <p>4.2 การให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ต่างๆ การขอรับความช่วยเหลือ การแนะนำค้นหาแหล่งข้อมูล และการใช้คู่มือที่จัดทำไว้ให้</p>	<p>1. คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1.1 ชุดกิจกรรม</p> <p>1.2 แผนการสอน</p> <p>1.3 ใบงานที่ใช้ประกอบในกิจกรรม</p> <p>2. คู่มือ “โรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”</p> <p>3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล</p> <p>3.1 ข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัว</p> <p>3.2 ข้อมูลของผู้สูงอายุ</p> <p>4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBI)</p> <p>5. แบบวัดความเครียดในการดูแล</p> <p>6. แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน</p>



ความ  
เครียด  
ในการ  
ดูแล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

#### รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
กลุ่มควบคุม	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>

- |                |         |  |
|----------------|---------|--|
| X              | หมายถึง | การใช้โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา (5 สัปดาห์)   |
| O <sub>1</sub> | หมายถึง | การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา |
| O <sub>2</sub> | หมายถึง | การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา |
| O <sub>3</sub> | หมายถึง | การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ         |
| O <sub>4</sub> | หมายถึง | การประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ         |

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมองโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 40 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

### คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

- 1.เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้
  - 1.1 อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
  - 1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence) การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence) ถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก ซึ่งต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ของคอลลินและคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งมีการนำแบบประเมินมาแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994)
- 2.เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป
- 3.เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ
- 4.เป็นผู้ให้การดูแลหลัก ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป และการดูแลที่ให้ เป็นการดูแลโดยที่ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน
- 5.มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
- 6.ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัส
- 7.ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทดลอง

8. มีคะแนนภาวะเครียดในระดับปานกลาง ถึงความเครียดในระดับรุนแรงโดยประเมินจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Caregivers' Stress Scales) (Pearlin et al., 1990)

9. ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 รายและหากมีการเปรียบเทียบการทดลองระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และความแปรปรวนลดลง ช่วยให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่าง สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Glove, 2005) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

### ขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหนังสือขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายหลังจากที่ผ่านการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2557 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2557

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดของการวิจัยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Purposive sampling (Polit and Beck, 2004) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน

แรก เข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นและครบตามจำนวน จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) การพึ่งพาระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) ถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก (0-4 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBAI) ของคอลลินและคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

3.1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นผู้ให้การดูแลหลัก มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไปอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง มีภาวะเครียดในการดูแลในระดับปานกลาง ถึงความเครียดในการดูแลในระดับรุนแรง โดยประเมินความเครียดในการดูแลจากแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pearlin et al., 1990)

3.1.3 ผู้วิจัยเชิญเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัยประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับและความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของการเข้าร่วมวิจัย

3.1.4 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม จนครบ 20 ราย และประเมินความเครียดจากแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Posttest) หลังจากประเมินความเครียดครั้งแรก (Pretest) โดยมีระยะห่างกัน 8 สัปดาห์

3.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ในด้านเพศของผู้ดูแลในครอบครัว อายุของผู้ดูแลในครอบครัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ดังนี้

3.3.1 อายุ ของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยอายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จะมีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียดและปัญหาได้ดี แต่หากมีอายุมากก็就会有ความเครียดได้มากขึ้นตามไปด้วย (อรอนงค์ กุลณรงค์, 2555) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

3.3.2 เพศ ของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด และการปรับตัว (บุญญรัตน์ เพิกเดช, 2545) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศเดียวกัน

3.3.3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย มีการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดเพิ่มขึ้น (ภรภัทร อิมโอรุ, 2552) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับเดียวกัน

รายละเอียดการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุของผู้ดูแลในครอบครัว เพศของผู้ดูแลในครอบครัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คู่ที่	อายุ (ปี)		เพศ		ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	50	50	ชาย	ชาย	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
2	29	34	ชาย	ชาย	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
3	47	42	ชาย	ชาย	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
4	60	60	หญิง	หญิง	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
5	24	26	หญิง	หญิง	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
6	34	38	หญิง	หญิง	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
7	28	29	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
8	37	35	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
9	40	40	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
10	41	42	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
11	47	43	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรงมาก	พึ่งพารุนแรงมาก
12	44	44	หญิง	หญิง	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
13	48	48	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรงมาก	พึ่งพารุนแรงมาก
14	48	48	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรงมาก	พึ่งพารุนแรงมาก
15	49	46	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
16	50	55	หญิง	หญิง	พึ่งพาปานกลาง	พึ่งพาปานกลาง
17	50	55	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
18	60	57	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
19	62	61	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง
20	65	65	หญิง	หญิง	พึ่งพารุนแรง	พึ่งพารุนแรง

สำหรับรายละเอียดส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วยในการดูแล และแหล่งให้การสนับสนุน ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ เพศ ประวัติการมีโรคประจำตัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังแสดงในตารางที่ 4





**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วยในการดูแล และแหล่งให้การสนับสนุน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(N=20)		(N=20)		(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	3	15	3	15	6	15
หญิง	17	85	17	85	34	85
<b>อายุ(ปี)</b>						
20 – 29	3	15	2	10	5	12.5
30 – 39	2	10	3	15	5	12.5
40 – 49	8	40	8	40	16	40
50 – 59	3	15	4	20	7	17.5
60 – 69	4	20	3	15	7	17.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	2	5	1	2.5	3	7.5
สมรส	18	45	18	45	36	90
หม้าย/หย่า	0	0	1	2.5	1	2.5
<b>การศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	0	0	3	15	3	7.5
ประถมศึกษา	8	40	5	25	13	32.5
มัธยมศึกษา	6	30	6	30	12	30
อนุปริญญา	1	5	3	15	4	10
ปริญญาตรี	3	15	2	10	5	12.5
ปริญญาโท/เอก	2	10	1	5	3	7.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(N=20)		(N=20)		(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5	1	5	2	5
แม่บ้าน พ่อบ้าน	3	15	1	5	4	10
รับจ้าง	4	20	2	10	6	15
ค้าขาย	3	15	3	15	6	15
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	6	30	10	50	16	40
ข้าราชการ	2	10	2	10	4	10
อาชีพอื่นๆ	1	5	1	5	2	5
<b>รายได้</b>						
< 5,000 บาท	2	10	6	30	8	20
5,000 - 10,000 บาท	11	55	8	40	19	47.5
10,001 - 15,000 บาท	3	15	4	20	7	17.5
15,001 - 20,000 บาท	3	15	2	10	5	15
> 20,000	1	5	0	0	1	2.5
<b>ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ</b>						
สามี/ภรรยา	5	25	5	25	10	12.5
บุตร	14	70	14	70	28	70
หลาน	0	0	1	5	1	2.5
เครือญาติ	1	5	0	0	1	2.5
<b>ผู้ช่วยดูแล</b>						
มี	15	75	12	60	27	67.5
ไม่มี	5	25	8	40	13	32.5
<b>แหล่งให้การสนับสนุน</b>						
มี	3	15	4	20	7	17.5
ไม่มี	17	85	16	80	33	82.5

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ เพศประวัติการมีโรคประจำตัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>เพศ</b>					
ชาย	12	60	14	70	26	65
หญิง	8	40	6	30	14	35
<b>อายุ(ปี)</b>						
60 - 69	11	55	11	55	22	55
70 - 79	6	30	7	35	13	32.5
80 - 89	3	15	1	5	4	10
> 90	0	0	1	5	1	2.5
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มีโรคประจำตัว	9	45	14	70	23	57.5
โรคความดันโลหิตสูง	5	25	5	25	10	25
โรคเบาหวาน	3	15	1	5	4	10
โรคหัวใจ	2	10	0	0	2	5
โรคแผลในกระเพาะ	1	5	0	0	1	2.5
<b>ระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน</b>						
พึ่งพาระดับรุนแรงมาก	3	15	3	15	10	15
พึ่งพาระดับรุนแรง	12	60	12	60	18	60
พึ่งพาระดับปานกลาง	5	25	5	25	12	25

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย มีภาระกิจอื่น
2. มีการเปลี่ยนผู้ดูแลในครอบครัว
3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เอกสารเลขที่ 027/2557 ได้รับอนุมัติการพิจารณา เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2557 (ดังแสดงในภาคผนวก ค.)

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเข้าร่วมทดลอง ประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ขณะทำการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ ก่อนการวิจัยสิ้นสุดโดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก ค.)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนได้แก่

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

มีรายละเอียด ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

#### 1.1 แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ

เป็นชุดคำถามเพื่อประเมินความเครียดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเพียร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) โดยผู้วิจัยได้ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึง Dr. Leonard Pearlin เพื่อขออนุญาตในการนำแบบวัดความเครียดในการดูแลมาแปลเป็นภาษาไทย เมื่อได้รับการตอบรับและอนุญาตให้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (ดังแสดงในภาคผนวก ค.) ผู้วิจัยได้ทำการแปลและนำแบบประเมินดังกล่าวไปทำการแปล และแปลย้อนกลับโดยภาษาสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วจึงนำมาทดลองใช้ประเมินความเครียดในการดูแลในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ด้าน จำนวน 94 ข้อ ได้แก่

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| 1. ด้านระดับการรู้คิด (Cognitive status)                                     | จำนวน | 8 ข้อ  |
| 2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problematic behavior)                           | จำนวน | 4 ข้อ  |
| 3. ด้านภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น (Overload)                                     | จำนวน | 4 ข้อ  |
| 4. ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพ (Relational deprivation)                         | จำนวน | 6 ข้อ  |
| 5. ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict)                            | จำนวน | 12 ข้อ |
| 6. ด้านความขัดแย้งระหว่างการทำงานและการเป็นผู้ดูแล (Job caregiving Conflict) | จำนวน | 5 ข้อ  |
| 7. ด้านความเครียดจากภาวะทางเศรษฐกิจ (Economic strains)                       | จำนวน | 3 ข้อ  |
| 8. ด้านภาวะจำยอมในการดำรงบทบาท (Role captivity)                              | จำนวน | 3 ข้อ  |
| 9. ด้านการสูญเสียความเป็นตัวเอง (Loss of self)                               | จำนวน | 2 ข้อ  |
| 10. ด้านความสามารถในการเป็นผู้ดูแล (Caregiving competence)                   | จำนวน | 4 ข้อ  |
| 11. ด้านประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล (Personal gain)                      | จำนวน | 4 ข้อ  |
| 12. ด้านการจัดการสถานการณ์ (Management of situation)                         | จำนวน | 4 ข้อ  |

13. ด้านการจัดการความรู้สึกภายในตน (Management of meaning) จำนวน 9 ข้อ
14. ด้านการจัดการความเครียด (Management of distress ) จำนวน 8 ข้อ
15. ด้านการแสดงออกทางความรู้สึก (Expressive support) จำนวน 8 ข้อ

### เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ตามแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเพียร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ด้าน จำนวน 94 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 77 ข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ โดยข้อคำถามทางบวก คือ ข้อคำถามทุกข้อในด้านที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ( ข้อ 1 และ 3), 8, 9, 12, 13, และ 14 ข้อคำถามทางลบ คือ ข้อคำถามทุกข้อในด้านที่ 7(ข้อ 2 ), 10, 11 และ 15 การคิดคะแนน จะคำนวณจากคะแนนดิบ โดยแปลงคะแนน (Recode) จากแบบประเมิน จากนั้นนำคะแนนในหมวดที่ 1 ถึง 15 ยกเว้นด้านที่ 7 นำมารวมกัน และแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ตามระดับของความเครียด แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	91 - 158	หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ
	159 - 227	หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
	228 - 296	หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในการดูแลอยู่ในระดับสูง
	297 - 364	หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในการดูแลอยู่ในระดับรุนแรง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวทางการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ของ Houts et al. (1996) โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ที่มีความเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2. สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญ และโครงสร้างของโปรแกรม โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีสาระสำคัญตามกระบวนการการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ของ Houts et al. (1996) คือ การคิดสร้างสรรค์ การมองเชิงบวก การวางแผน การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและจากแหล่งข้อมูล

3. ออกแบบโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สื่อประกอบกิจกรรม ดังนี้

3.1 คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) โดยคู่มือจะอธิบายรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งได้จัดทำเป็นรูปเล่มสวยงาม ขนาดพอเหมาะ ภาพสีประกอบกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ โดยประกอบด้วย เนื้อหา 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแนวคิดโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพอสังเขป และรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์ ส่วนที่ 2 เป็นแผนการสอน (ดังแสดงในภาคผนวก ง.) ส่วนที่ 3 ใบงานที่ใช้ประกอบกิจกรรม มีการกำหนดเนื้อหาและเตรียมแผนการฝึกวิธีการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวอย่างชัดเจน โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายบุคคล 4 ครั้ง ที่บ้านผู้สูงอายุ รายกลุ่ม 1 ครั้ง ที่ห้องประชุมห้องตรวจผู้ป่วยนอก รวมกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 60-90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและแหล่งข้อมูล ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในครอบครัว การให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงสภาพปัญหา และความรู้สึกต่อปัญหา ไปพร้อมกับการให้ความรู้ในข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลและปัญหาที่พบบ่อย การสังเกตอาการผิดปกติ การใช้จ่ายและการข้างเคียง การให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการขอรับความช่วยเหลือ การแนะนำค้นหาแหล่งข้อมูล และการใช้คู่มือการดูแลที่จัดทำไว้ให้

2. การฝึกคิดบวก ได้แก่ กิจกรรมการฝึกการคิดเชิงบวก การชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวในเชิงบวก การให้กำลังใจ และกระตุ้นให้มีความหวังและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ดูแลเขียนความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบในการได้รับผิดชอบในบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้ซักถามถึงปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก การเสริมสร้างความสามารถในการเปลี่ยนด้านลบให้เป็นด้านบวก ด้วยการปรับมุมมองหรือทัศนคติในการได้รับบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ การช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหา และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหา โดยผู้วิจัยพูดให้กำลังใจผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลให้กำลังใจตนเอง เพื่อเสริมสร้างพลังและความหวัง ชี้อะและกระตุ้นให้เห็นถึงการได้รับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเชิงบวก

3. การฝึกคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ กิจกรรมการระดมสมอง หาทางแก้ปัญหาาร่วมกัน ช่วยให้เห็นการแก้ปัญหา การมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่าง ทำให้มีทางเลือกใน

การแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถเลือกนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาที่พบในระหว่างการดูแล และการแก้ปัญหา ร่วมกัน การยกตัวอย่างในสถานการณ์ตัวอย่าง ที่เป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสถานการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจอย่างเร่งด่วน

**4. การฝึกวางแผน** ได้แก่ กิจกรรมการสอนขั้นตอนในการแก้ปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหาตามขั้นตอน การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การฝึกการแก้ปัญหาตามขั้นตอน จากการยกสถานการณ์ตัวอย่าง การใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการพัฒนาให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3.2 คู่มือ “โรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การค้นคว้าศึกษาดำรงทางวิชาการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยได้ออกแบบรูปเล่ม เนื้อหา รูปภาพ และขนาดตัวอักษรให้กระชับและอ่านง่าย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยรูปเล่มพิมพ์เป็นภาพ 4 สีกระดาษเคลือบมัน ขนาดตัวอักษรใหญ่มีรูปภาพประกอบในแต่ละเนื้อหา เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบไปด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลแหล่งประโยชน์ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การแก้ปัญหาเบื้องต้นรวมถึงการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และรวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขเบื้องต้นอย่างเร่งด่วน (ในภาคผนวก ง.)

3.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับ อายุ เพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพรายได้ครอบครัวความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุผู้ช่วยดูแล แหล่งให้การสนับสนุน

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับ อายุ เพศ โรคประจำตัว คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

3.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBAI) ของคอลลินและคณะ (Collin, et.al. 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994) ได้นำแบบประเมินมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยมีการนำไปลองใช้



กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์สูง (Criterion-related validity) (Jitapankul et al., 1994)

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยมีการให้คะแนนตามความสามารถของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

1) การรับประทานอาหาร	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน
2) กิจกรรมการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด	มีค่าคะแนน	0-1 คะแนน
3) กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	มีค่าคะแนน	0-3 คะแนน
4) การใช้สູชา	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน
5) กิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	มีค่าคะแนน	0-3 คะแนน
6) กิจกรรมการสวมใส่เสื้อผ้า	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน
7) กิจกรรมการขึ้นลงบันได 1 ชั้น	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน
8) กิจกรรมการอาบน้ำ	มีค่าคะแนน	0-1 คะแนน
9) กิจกรรมการกลั่นการถ่ายอุจจาระ	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน
10) กิจกรรมการกลั่นปัสสาวะ	มีค่าคะแนน	0-2 คะแนน

การแปลผลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Jitapankul et al.,1994)

คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence)

คะแนน 5 - 8 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence)

คะแนน 9 - 11 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence)

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การพึ่งพาระดับเล็กน้อย (Mildly Severe Dependence)

3.5 แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกปัญหาที่พบทั้งที่เกิดกับผู้สูงอายุ หรือเกิดจากตัวผู้เข้าร่วมวิจัยเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมวิธีการแก้ปัญหา เพื่อเป็นการฝึกการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปใช้ในการบันทึกปัญหาที่

พบ และการแก้ปัญหาเพื่อติดตามผลของโปรแกรม แบบบันทึกในส่วนนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องบันทึก  
เอง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการ  
ทดลองทั้งหมดซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือ “การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกวิธีการ  
แก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” คู่มือ “โรคหลอดเลือดสมองและ  
การแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” แบบบันทึกการ  
แก้ปัญหา และแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา  
เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวให้  
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและ  
การใช้ภาษา จำนวน 5 คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์-  
ศัลยศาสตร์ 1 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก.) โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 80% ขึ้น  
ไป (4 คนจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน) ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้  
ในการทดลอง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องตรงกันทั้ง 5 คน จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม  
คำแนะนำดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลใน  
ครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีการปรับแก้ความ หรือข้อเสนอแนะใดๆ

1.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว  
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เสนอแนะให้ปรับลดเนื้อหาที่เป็นศัพท์วิชาการออกบางส่วน ปรับเนื้อหา  
ให้กระชับ และปรับขนาดตัวหนังสือในบางหมวดให้อ่านง่าย

1.3 แผนการสอน เสนอแนะให้ปรับลดเนื้อหาในแผนการสอนที่เป็นศัพท์วิชาการออก  
บางส่วน และปรับเนื้อหาให้กระชับให้เหมาะสมกับเวลา

1.4 แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน เสนอแนะให้ปรับในส่วนของการประเมินผล ให้  
 เต็ม  ช่องสำหรับกากบาทการแก้ปัญหาสำเร็จ หรือไม่สำเร็จ เนื่องจาก... เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย  
 สะดวกต่อการลงบันทึก

1.5 แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ เสนอแนะควรจัดหา  
 สถานที่ที่ตอบแบบประเมินโดยเฉพาะ เนื่องจากข้อคำถามครอบคลุมทุกด้าน ต้องใช้สมาธิในการตอบ  
 แบบสอบถาม ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการใช้ติดตามดูแลต่อเนื่อง จึงได้จัดให้มีการตอบในห้องประชุมที่  
 มีความเป็นส่วนตัว

หลังการปรับปรุงเครื่องมือให้ถูกต้อง และเหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอ  
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง จึงนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content  
 Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความ  
 ตรงตามเนื้อหา อยู่ในระดับดี (Polit and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2554)  
 โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นว่าคุณตรง/สอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

#### ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปได้ ดังนี้

1. แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตาม  
 แนวคิดของเพียร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ผู้วิจัยได้ทำการแปลและนำแบบวัดดังกล่าวไป  
 ทำการแปล และแปลย้อนกลับโดยภาษาสถาบันภาษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวให้  
 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและ  
 การใช้ภาษา มีผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00

2. โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Houts et al. (1996)  
 ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลในครอบ  
 ครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล  
 ในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใบงานประกอบกิจกรรม แผนการสอน และแบบบันทึก  
 การแก้ปัญหาประจำวัน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีผลการ  
 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา = 1.0

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเพียร์ลีน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ดูแลในครอบครัวคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณได้ค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.70 (De Vellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ราย โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคลโดยการตามเยี่ยม เพื่อประเมินแผนการสอน อุปกรณ์ต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริงพบว่าขณะให้กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ความสนใจให้ความร่วมมือ แสดงถึงความมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี เมื่อทดลองให้อ่านคู่มือ สามารถอ่านได้ เมื่อทดลองตามไปเยี่ยมบ้านพบว่าการนัดวันอาจมีการเลื่อนหรือเปลี่ยนแปลงจากแผน แต่ผู้วิจัยก็ได้ปรับเปลี่ยน โดยยึดวันที่ผู้ดูแลในครอบครัวสะดวกที่สุด แต่อยู่ในสัปดาห์การเยี่ยมตามแผนที่ตั้งไว้

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีและได้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2557 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 คน โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 14 ปี ผ่านการอบรมเฉพาะทางระยะสั้น หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สถาบันประสาทวิทยา และหลักสูตรฝึกอบรม วิธีคิดเพื่อการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจแบบเป็นระบบโดยศูนย์พัฒนากลยุทธ์ทางธุรกิจ (Strategic Business Development Center) (ดังแสดงในภาคผนวก ค.)

1.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการทดลองโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ จากนั้นจึงดำเนินการจัดทำเป็นเครื่องมือวิจัยได้แก่ คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใบงานที่ใช้ประกอบกิจกรรม แผนการสอนการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว และแบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน

1.3 เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และขออนุญาตใช้สถานที่ ห้องประชุมเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ให้เป็นสถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผ่านกลุ่มการพยาบาล และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

อุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจาก ผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จึงเข้าพบหัวหน้างานกลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและการจัดเตรียมสถานที่ในการทดลอง และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Burn & Glove, 2005) โดยการคัดเลือกตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แรกเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นและครบตามจำนวน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตนเอง พูดคุยและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอม จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pre test) โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนัดพบกลุ่มอีกครั้งในอีก 8 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง

2.1.3 หลังจากนั้น กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรม และคำแนะนำตามปกติ จากพยาบาลประจำการ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง

### 2.1.4 เมื่อครบสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.4.1 พบผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลตามที่นัดหมายไว้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Post test)

2.1.4.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นกิจกรรมกลุ่ม ในความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลและแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มอบคู่มือการ

ดูแลและการแก้ปัญหาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

## 2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตนเอง พูดคุยและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย โดยทั้งนี้แล้วแต่ความสมัครใจ หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอม จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pre test)

2.1.3 ผู้วิจัยนัดวัน เวลา กับผู้เข้าร่วมวิจัยวาดและอธิบายแผนที่ไปบ้าน เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้โดยตรง พร้อมทำความเข้าใจแผนที่การเดินทาง เพื่อให้เข้าใจตรงกัน โดยผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งทำกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง กิจกรรมรายกลุ่ม 1 ครั้ง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง ในสัปดาห์ที่ 3 และกิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ที่บ้านผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 5 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) กิจกรรม “ เสริมความรู้ ก้าวสู่ 5 ชั้น บันไดแก้ปัญหา

เป็นกิจกรรมรายบุคคลประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (ใช้เวลา 1 ½ -2 ชั่วโมง) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายและแนะนำตัวเองด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม และท่าทีสุภาพอ่อนโยนพร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แนะนำตัวเอง เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำกิจกรรม
3. ผู้วิจัยแจ้งวันเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ให้ทราบโดยจะทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันศุกร์ เสาร์ หรืออาทิตย์ ตามที่นัดหมายกัน ซึ่งเวลาในการทำกิจกรรมสามารถปรับหรือเปลี่ยนได้ เพื่อความสะดวกของผู้ดูแลในครอบครัว และขอความร่วมมือในการนัดวัน เวลา ว่างล่วงหน้าทุกสัปดาห์จากนั้นจึงเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องต่างๆ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยให้ความรู้ตามเนื้อหา เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ตามเนื้อหา เรื่อง วิธีการแก้ปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหาโดยสอนตามแผนการสอน

3.3 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่ผ่านมารวมถึงวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกใช้

3.4 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ทำกิจกรรมตาม ใบงานที่ 1 “ทนายใจนิสัยการแก้ปัญหา” (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

3.5 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ฝึกแก้ปัญหาตามขั้นตอนจากสถานการณ์ ตัวอย่างโดยผู้วิจัยยกตัวอย่าง 3 สถานการณ์ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกแก้ปัญหาตาม ใบงานที่ 2 “ทดสอบการแก้ปัญหา ด้วยสถานการณ์ตัวอย่าง” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.) และผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในแต่ละสถานการณ์

3.6 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกบันทึกปัญหาใน แบบบันทึกฝึกแก้ปัญหา โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกปัญหาที่พบ แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยคอยสังเกต และให้คำแนะนำ

4. ผู้วิจัยมอบ “คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” และ “แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน” พร้อมชี้แจงรายละเอียดในการใช้และเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกและฝึกการแก้ปัญหา เพื่อใช้ในการติดตามวิธีการฝึกการแก้ปัญหาของผู้เข้าร่วมวิจัย ในครั้งต่อไป

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย หรือประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

### **สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) “ คติมูกลับ ปรับชีวิตให้เป็นบวก ”**

เป็นกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา(ใช้เวลา 1 ½- 2 ชั่วโมง) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายและแนะนำตัวเองด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกันเอง และทำที่สุภาพอ่อนโยนสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยถึงปัญหาสุขภาพต่างๆไป

2. ผู้วิจัยชี้แจงการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ต่อจากสัปดาห์ที่ 1 โดยให้ความรู้เรื่อง ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (รายละเอียดตามแผนการสอน)

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การคิดเชิงบวก (รายละเอียดตามแผนการสอน)

5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เขียนแสดงความรู้สึกในการได้รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนข้อดีและข้อเสียหรือผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อแสดงทั้งความรู้สึกเชิงบวกและความรู้สึกเชิงลบ ตามใบงานที่ 3 “ความรู้สึกจากการได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)



6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกการคิดเชิงบวก โดยตอบคำถามเชิงบวก ตามใบงานที่ 4 “คิดมุมกลับ ปรับชีวิต ให้เป็นบวก และสนุกกับการคิดบวกในตัวเอง” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

7. ผู้วิจัยแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้เข้าร่วมวิจัย ในการได้รับผลกระทบจากการได้รับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว พร้อมให้กำลังใจ และอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทที่ได้รับเพื่อขจัดความรู้สึกในเชิงลบ และกล่าวชมเชยในส่วนของคุณรู้สึกเชิงบวกจากการได้รับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว

8. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกบันทึกปัญหาในใบงานที่ 5 “แบบบันทึกฝึกแก้ปัญหา” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.) และติดตามการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยทบทวนปัญหาที่พบและวิธีการแก้ไข ติดตามผลการแก้ปัญหา พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ

9. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันสรุปประเด็นกิจกรรมที่ได้ในวันนี้ พร้อมเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกการแก้ปัญหา ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามขั้นตอน และลงบันทึกใน “แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

10. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยหรือประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา พร้อมทั้งนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งต่อไป

### สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) “ระดมสมองแก้ปัญหา พัฒนาความคิดสร้างสรรค์”

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยกันประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (ใช้เวลา 1½ - 2 ชั่วโมง) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นกันเอง น้ำเสียง ท่าทางสุภาพ อ่อนโยนและสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงสถานการณ์ต่างๆไป

2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม

3. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และกิจกรรมวันนี้

4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่และที่เกี่ยวข้องที่สามารถไปรับบริการทางสุขภาพได้ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งนี้ได้ให้

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้รวมถึงแนะนำการใช้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน /เจ็บป่วยฉุกเฉิน  
วิธีการให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้รับสายเช่น เบอร์ 1669

5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ละคนได้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น

6. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการดีขึ้น จากการได้รับการดูแลเอาใจใส่ เล่าประสบการณ์ในการดูแล เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความหวังในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

7. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ละคนเล่าปัญหาที่พบระหว่างการดูแล รวมถึงการจัดการปัญหาและผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยท่านอื่นได้มีแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลายขึ้น

8. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันร่วมกันเสนอและเลือกปัญหาโดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญของปัญหา จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยช่วยกันระดมความคิดต่างๆ เพื่อให้เกิดมุมมองที่แตกต่าง โดยเสนอวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด โดยไม่มีผิดหรือถูก เพื่อให้ได้วิธีการแก้ปัญหา ที่สามารถใช้แก้ปัญหาได้จริงโดยผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลย้อนกลับพร้อมทั้งร่วมกันสรุปปัญหาที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

9. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ซักถามข้อสงสัย หรือประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา

10. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมกลุ่ม และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

#### สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 4) “จัดทุกข์ สร้างสุขได้ ด้วยตนเอง”

เป็นกิจกรรมรายบุคคลประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (ใช้เวลา 1 – 1 ½ ชั่วโมง) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย สอบถามผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงปัญหาสุขภาพต่างๆไป  
2. ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่อง ความเครียดและการจัดการความเครียด (รายละเอียดตามแผนการสอน)

3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้เล่าถึงปัญหาการดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและการจัดการปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกบันทึกปัญหาในใบงานที่ 5 “แบบบันทึกฝึกแก้ปัญหา” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เลือกตัวปัญหาที่พบ โดยผู้วิจัยคอยให้ข้อมูล และให้กำลังใจ

5. ผู้วิจัยติดตามการแก้ปัญหาที่ผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึกใน “แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน” (ดังแสดงในภาคผนวก ง.) โดยทบทวนปัญหาที่พบ และวิธีการแก้ไข ติดตามผลการแก้ปัญหา
6. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันสรุปประเด็นกิจกรรมที่ได้ในวันนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ซักถามข้อสงสัย หรือประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

### สัปดาห์ที่ 5 (ครั้งที่ 5) “แก้ไขปัญหาได้ ก็หายเครียด”

เป็นกิจกรรมรายบุคคลประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (ใช้เวลา 1 – 1 ½ ชั่วโมง) มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงปัญหาสุขภาพต่างๆไป
2. ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (รายละเอียดตามแผนการสอน)
3. ผู้วิจัยติดตามการแก้ปัญหาและร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัย ทบทวนปัญหาที่พบและวิธีการแก้ไข พร้อมติดตามผลการแก้ปัญหา
4. ผู้วิจัยให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น
5. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ฝึกการแก้ปัญหา ด้วยวิธีการแก้ปัญหามาขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันสรุปประเด็นกิจกรรมที่ได้ในวันนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ซักถามข้อสงสัย หรือประเด็นที่สนใจ
7. ผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดการทำกิจกรรม หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการฝึกวิธีการแก้ปัญหา และนัดหมายประเมินความเครียด ในอีก 2 สัปดาห์ ถัดไป

#### 2.1.4 เมื่อครบสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.4.1 พบผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลตามที่นัดหมายไว้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

2.1.4.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ได้สรุปไว้ดังแสดงในภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายละเอียดดังนี้

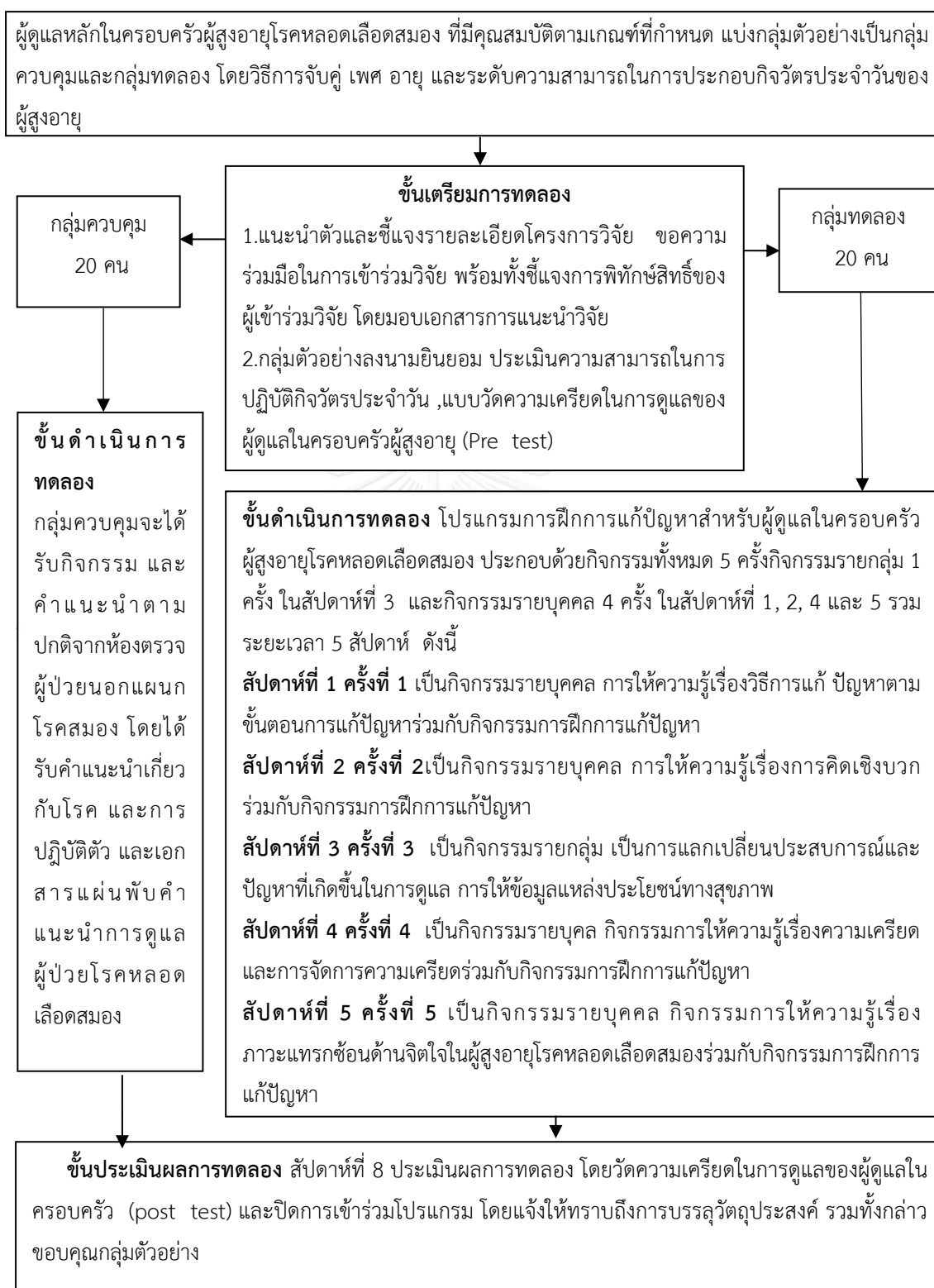
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที ( t-test for independence sample) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



## สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป ที่มีภาวะเครียดในการดูแลในระดับปานกลางถึงรุนแรง และเข้ารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ อายุของผู้ดูแลในครอบครัว เพศของผู้ดูแลในครอบครัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

**ส่วนที่ 1** เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

ความเครียดในการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัว	N	$\bar{X}$	SD	df	t	P -value
ก่อนได้รับโปรแกรม การฝึกการแก้ปัญหา	20	189.25	22.37	19	6.650	0.000
หลังได้รับโปรแกรม การฝึกการแก้ปัญหา	20	146.00	28.57			

**จากตารางที่ 5** พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา เท่ากับ 189.25 หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 146.00 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 1.ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ความเครียดในการดูแลของ ผู้ดูแลในครอบครัว	N	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การฝึกการแก้ปัญหา	20	189.25	22.37	0.234	0.815
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	20	190.75	17.61		
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การฝึกการแก้ปัญหา	20	146.00	28.57	4.384	0.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	20	183.50	25.45		

**จากตารางที่ 6** พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 190.75 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาเท่ากับ 189.25 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 183.50 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาเท่ากับ 146.00 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 . ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา
2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมองโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และให้การดูแลผู้สูงอายุมาเป็น

ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้
  - 1.1 อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
  - 1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence) การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence) ถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก ซึ่งต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ของคอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994)
2. เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป
3. เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ
4. เป็นผู้ให้การดูแลหลัก ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป และการดูแลที่ให้ เป็นการดูแลโดยที่ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน
5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
6. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัส
7. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทดลอง
8. มีคะแนนภาวะเครียดในระดับปานกลาง ถึงความเครียดในระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pearlin et al., 1990)
9. ยินยอมให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน และหากมีการเปรียบเทียบการทดลองระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลทำให้อ่านาจดทดสอบเพิ่มขึ้น และความแปรปรวนลดลง ช่วยให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่าง สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Glove, 2005) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเก็บ

ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

#### ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเพียร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ผู้วิจัยได้ทำการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึง Dr.Leonard Pearlin เพื่อขออนุญาตในการนำแบบวัดความเครียดในการดูแลมาแปลเป็นภาษาไทย เมื่อได้รับการตอบรับและอนุญาตให้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปล และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแปลและนำแบบประเมินดังกล่าวไปทำการแปล และแปลย้อนกลับโดยภาษาสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วจึงนำมาทดลองใช้วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ด้าน จำนวน 94 ข้อ 15 โดยการคิดคะแนน จะคำนวณจากคะแนนดิบ โดยแปลงคะแนน (Recode) จากแบบประเมิน จากนั้นนำคะแนนในหมวดที่ 1 ถึง 15 ยกเว้นด้านที่ 7 นำมารวมกัน และแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ตามระดับของความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ

#### ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ของ Houts et al. (1996) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นมาใหม่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกการแก้ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (รายนามตามภาคผนวก ก) ที่ใช้โปรแกรมดังกล่าวประกอบสื่อดังนี้

2.1 คู่มือ “การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Houts et al. (1996) โดยคู่มือจะอธิบายรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งได้จัดทำเป็นรูปเล่มสวยงาม ขนาดพอเหมาะ ภาพสีประกอบกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์

2.2 คู่มือ “โรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การค้นคว้าศึกษาดำเนินการทางวิชาการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยได้ออกแบบรูปเล่มเนื้อหา รูปภาพ และขนาดตัวอักษรให้กระชับและอ่านง่าย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ขนาดตัวอักษรใหญ่ มีรูปภาพประกอบในแต่ละเนื้อหา

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

2.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ของคอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงที่ 0.90 มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์สูง (Criterion-related validity) (Jitapankul et al., 1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนรวม 20 คะแนน

2.5 แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแบบบันทึกสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึก ทั้งปัญหาที่พบทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หรือเกิดจากตัวผู้เข้าร่วมวิจัยเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมวิธีการแก้ปัญหา เพื่อเป็นการฝึกการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง และติดตามผลของโปรแกรม

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คู่ รวม 40 คน กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 20 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

1.2 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในการร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยดำเนินการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

## 2. ชั้นการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 หลังจากได้รับคำยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Pretest) โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนัดพบในอีก 8 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง

2.1.2 หลังจากนั้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาล และคำแนะนำตามปกติ จากห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง เมื่อครบสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลตามทีมนัดหมายไว้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Posttest) และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

2.1.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นกิจกรรมกลุ่ม ในความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลและแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.2.1 หลังจากได้รับคำยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Pretest) โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

1.2.2 ผู้วิจัยนัดวัน เวลา กับกลุ่มทดลอง และได้ให้ผู้ดูแลในครอบครัว วาด และอธิบายแผนที่ไปบ้านผู้สูงอายุ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้โดยตรง พร้อมทำความเข้าใจแผน ที่การเดินทาง เพื่อให้เข้าใจตรงกัน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง กิจกรรม รายกลุ่ม 1 ครั้ง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคสมอง ในสัปดาห์ที่ 3 และกิจกรรมราย บุคคล 4 ครั้ง ที่บ้านผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1 , 2 , 4 และ 5 รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ และ ติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8

1.2.3 ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลตามที่นัดหมายไว้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ (Posttest) และ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ตาม ระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วยดูแล แหล่งสนับสนุน โรคประจำตัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา กับกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

3.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

## สรุปผลการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฝึกการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมฝึกการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาบนแนวคิดของ Houts et al. (1996) มาเป็นแนวทางสามารถช่วยลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหามีความแตกต่างกันชัดเจน โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 50-59 ปี และอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 และ 17.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพรรณ ชุ่ม (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุไทยเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะคอยตอบแทนบุพการี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดแหล่งให้การสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 82.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภรภัทร อิมโอสฐ (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยจากบุคคลากรทางการแพทย์

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความเครียดในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 92.5 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.5 มีความเครียดในการดูแลอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา ส่งวัฒนาบุษ (2545) พบว่าผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในการดูแลในระดับปานกลาง และการศึกษาของ(วิลเลียมส์,2547) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.5 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในระดับการพึ่งพาในระดับปานกลาง (Moderately Dependence) ถึงการพึ่งพาในระดับรุนแรง (Severe Dependence) คิดเป็นร้อยละ 45 และ 30 ตามลำดับ ซึ่งในการพึ่งพาทั้งในระดับปานกลาง และการพึ่งพาในระดับรุนแรง จะต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุซาวตี อัครวิเศษ (2545) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาในระดับรุนแรง จะต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น และมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกระทบไม่รุนแรง ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเพียงเล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากผลที่คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดของ Houts และคณะ(1996) ซึ่งประกอบด้วยการฝึกการแก้ปัญหา ทั้ง 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การฝึกคิดสร้างสรรค์ (creativity) 2)การมองเชิงบวก (Optimism) 3)การวางแผน (Planning) และ4)การได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ (Expert Information) โดยมีรูปแบบการฝึกการแก้ปัญหา เป็นรายบุคคลจำนวน 4 ครั้ง และรายกลุ่ม 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ด้วยกระบวนการดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกการแก้ปัญหา



ตามขั้นตอน ซึ่งในการแก้ปัญหาในแต่ละขั้นตอน จะมีการฝึกการวางแผนในการแก้ปัญหา มีการตั้งเป้าหมาย การปรับทัศนคติที่มีต่อปัญหาไปในทางบวก โดยการมองปัญหาเป็นเรื่องที่ท้าทาย และปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ การให้กำลังใจตนเอง และในการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยการสืบค้นข้อมูลจากหนังสือคู่มือ อินเทอร์เน็ต หรือจากผู้เชี่ยวชาญ โดยการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จะช่วยให้ได้รับความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแล และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง จึงเกิดความมั่นใจในการดูแลและเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาที่สถานการณ์ฉุกเฉินในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการทดลองจึงน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ของ Pearlin และคณะ (1990) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีเงื่อนไขมากมาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลให้เกิดความเครียดนอกจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับความพึงพา สถานะด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ยังมีความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลโดยตรง ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากความต้อการในบทบาทของผู้ให้การดูแลเอง เช่น ความต้องการด้านความรู้ และข้อมูลในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีและปลอดภัย หรือการที่ต้องรับมือกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล ความพิการ การตอบสนองความต้องการหรือการช่วยเหลือกิจวัตรซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภรภัทร อิมโธฐ (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล หรือการตอบข้อสงสัย จากบุคลากรทางการแพทย์

อีกทั้งในโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE นอกเหนือจากการฝึกการแก้ปัญหาตามขั้นตอนแล้ว ยังได้ฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวคิดเชิงบวกและคิดสร้างสรรค์ โดยการให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบจากการได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมทดลองด้วยกัน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหา และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์นี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเตรียมรับมือกับปัญหาในการดูแลทั้งที่เกิดขึ้น และยังไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อปัญหาเกิดขึ้นจะทำให้มีความมั่นใจที่จะแก้ปัญหา เมื่อสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยรับรู้ถึงศักยภาพและคุณค่าในตนเอง รวมถึงการคิดบวกจะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นดำเนินไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมจึงลดลง และในการแก้ปัญหาต่างๆ

การจัดการกับสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่เป็นผลมาจากปัญหานั้น หรือความพยายามในการแก้ไขความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยการจัดการสถานการณ์หรือแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในเรื่องของคำแนะนำต่างๆ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จะช่วยลดภาวะเครียดในการดูแลได้ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแก้ปัญหาของ Houts และคณะ (1996)

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวแก้ปัญหา โดยมีการวางแผนแก้ปัญหาตามขั้นตอน ฝึกการคิดสร้างสรรค์ ให้มีทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหา และฝึกการคิดเชิงบวก ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ร่วมกับการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (ในด้านวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นและในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการจัดการความเครียด) ควบคู่ไปกับคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง และการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยโปรแกรมการฝึกแก้ปัญหา จะเป็นการฝึกเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรายกลุ่ม 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาจากการยกสถานการณ์ตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกคิดแก้ปัญหา และช่วยให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาได้ หากปัญหาเกิดขึ้นจริงกับตนเอง โดยมีผู้วิจัยสนับสนุนและให้ข้อมูลย้อนกลับ หากการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม รวมทั้งฝึกการปรับมุมมองการแก้ปัญหาในเชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยได้สะท้อนความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล และมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องท้าทาย จึงช่วยลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้เรียนรู้ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆกัน จึงเกิดทางเลือกและมุมมองใหม่ๆในการแก้ปัญหา ส่งผลให้เกิดการเกิดการแก้ปัญหาในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในรูปแบบของการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้รับนั้น จะเน้นการให้ความรู้และคำแนะนำผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการมาพบแพทย์ตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องเข้ารับการรักษา แต่ในระหว่างที่ดูแลหากเกิดปัญหาขึ้น ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ (Dennis et al., 1994; ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุลม 2548) ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการฝึกการแก้ปัญหา โดยที่ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มเติมการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE เป็นการแก้ปัญหาที่เพิ่มการปรับมุมมอง ทักษะคิดต่อปัญหาในเชิงบวกและมีคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา นอกเหนือจากการให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทางห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดในการดูแล จากการทำที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่ยากและซับซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล รวมทั้งผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง เกิดความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถจะเผชิญและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีทัศนคติในเชิงบวกต่อบทบาทของตนเอง ส่งผลช่วยให้ลดระดับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grant และคณะ (2001) ทำการศึกษาการฝึกแก้ปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าการฝึกวิธีแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง และการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจหรือเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์บนพื้นฐานความรู้ที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา ช่วยลดระดับความเครียดในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของชลาสัย ดงพะจิต (2547) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ในระยะหลังทดลองและติดตามผล ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

จากหลักฐานและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบ COPE ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่เน้นการมีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย การคิดเชิงบวก ปรับทัศนคติที่ดีต่อปัญหา มองปัญหาเป็นเรื่องที่ท้าทาย สามารถแก้ปัญหาได้ มีการวางแผนในการแก้ปัญหา ให้สามารถแก้ปัญหาไปตามขั้นตอน และสามารถ

เลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม ควบคู่กับการใช้คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงส่งผลให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการแก้ปัญหาของ Houts และคณะ(1996) เมื่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาลดลง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยทั้งด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ดังนี้

#### 1. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยจากโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหามาใช้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเครียดในการดูแลที่เกิดจากปัญหาต่างๆ และช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

2.1 สำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำเป็นผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสอนการฝึกการแก้ปัญหา และเตรียมความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2.2 โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา สามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มโรคอื่นๆ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องพบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมาจากการดูแล การที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้ และหาทางออกได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความเครียดจากการดูแล และผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา โดยติดตามความเครียดในการดูแล ประเมินการแก้ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคอื่นๆ หรือมีการปรับเปลี่ยนจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ มาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถทำการศึกษาได้ทั้งในสถานดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ และในชุมชน



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การฟื้นฟูสมรรถภาพ*. งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สำนักโรคไม่ติดต่อ.สกะครอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด* มุณินิสาธารณสุขแห่งชาติ.นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์*สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหา วิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- เกสร ตามสัตย์. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิษฐา ชลาสนธิ. (2544). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คัทரிய รัตนนิมล. (2545). *ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขล.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). *ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จวีร์รัตน์ กอผจญ. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแลรางวัลที่ได้รับจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย.

มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง-การวินิจฉัยทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3.

ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

จันทนา รัตนฤทธิชัย.(2548). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.

ชลาลัย ดงพะจิตร์.(2547).*ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชนิตา มณีวรรณ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน.*วารสารพยาบาล* ปีที่ : 43 ฉบับที่ : 4 เลขหน้า : 236-244.

ณัฐิยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, ธันย์ชนก สุภาจารุพันธ์, และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอ พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 58-65

ธีรภัทร์ นาชิต.(2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิภาวรรณ สามารถกิจ.(2551). *ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแล: กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในภาคตะวันออกของประเทศไทย*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย .

มหาวิทยาลัยมหิดล.

นุกูล ตะบูนพงศ์, ซอลดา พันธุ์เสนา และ นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*.

นันทพร ศรีนิม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญญรัตน์ เพิกเดช. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสาร และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญมาศ จันศิริมงคล.(2550).ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญวดี เพชรรัตน์.(2532). *ความเครียดภาวะกีดตและการช่วยเหลือ*. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรารวาม สอนจันทร์.(2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- พัชรินทร์ คำอินทร์.(2548). *ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์.(2548). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพเราะ ผ่องโชค, สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ. (2550). *การพยาบาลอนามัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- พาริตา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*.คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2552). ความต้องการคำแนะนำและการปรึกษาที่พบบ่อยจากการให้บริการสายด่วนโรคมะเร็ง.โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.สงขลานครินทร์เวชสาร.
- เยาวภา ยงติมิตรภาพ.(2546). ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน :แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. (มกราคม-เมษายน): 84-93.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2552). *ผลของการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูโพบูลย์. (2537). *การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.



- ลักษณ์ บึงมุ่ม.(2552). *กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วราพร วันไชยธนวงศ์. (2552). *การให้บริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care*. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่.
- วิญญา ไพบูลย์วัฒนกิจ. (2550.) *การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช .(2537). *การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลวารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม*.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิชย์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์, วิลโล สุรสาคกร.(2549).*การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2546). *การบำบัดทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันราชชนก.
- สถาบันประสาทวิทยา. ( 2549). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ*.กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4* .พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ:บริษัท เอเชียเพลส จำกัด.
- เสาวลักษณ์ เนตรซัง. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย . มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชีรา ตั้งตระกูล. (2538).*การศึกษาแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสตรีค*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ.(2541).*การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service*.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุภาพร จงประกอบกิจ.(2551).*ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้ รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี สวัสดิ์ดิโนนาท.(2555).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป: หลักการวินิจฉัยและการรักษา /280โรคและการดูแลรักษา*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา.(2540).รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. โรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุดา เทพศิริ.(2540). *ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียด ในบทบาทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมฤดี สิทธิมงคล.(2541). *ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ต้องพึ่งพา*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และระดับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริมา มณีโรจน์ (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). *ความเครียด การเผชิญ ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ กุลณรงค์ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. ปีที่ 4 : ฉบับที่: 1 (มกราคม-เมษายน) เลขหน้า : 14-27.
- อธิษฐาน ชินสุวรรณ.(2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉราวรรณ ตริยวง.(2547). ผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อัมพรพรรณ อีรานูตร,นงลักษณ์ เมธากาญจน์,วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม.(2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*.ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- อิศรพงษ์ ยรรยง. (2546).ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 13(2), 63-69.

### ภาษาอังกฤษ

- Adika, V.O, Ezonbodor-Akwagbe, R.E., Nwachukwu, C.P. (2012).Opinion and perception of family caregiving following stroke. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, vol. 1(2) :. 22-28
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., & Schuler, R. H. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 54-70.
- Bakas, T., & Burgener, S. C. (2002). Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1): 34-45.
- Baines, E. (1984). Caregiver stress in the older adult. *Journal of community health nursing*, 1(4):257-263.
- Blanchard C, Toseland R, McCallion.P. (1996).The effects of a problem solving

- intervention with spouses of cancer patients. *J Psychosoc Onco*, 14(4):1-21.
- Dennis, M.S., Wellwood, I., Warlow, C.P. (1994). Perceptions and knowledge of stroke among surviving patients with stroke and their carers. *Age Ageing*, 23, 293–298.
- D'Zurilla, T.J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4 (4): 327-54.
- Grant, J.S., Elliott, T., Giger, J., & Bartolucci, A. (2001). Social problem-solving Telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(3): 181–189.
- Grant, J.S., Elliott, T., Weaver, M., Bartolucci, A., & Giger, J. (2002). A telephone Intervention with family caregivers of stroke survivors after hospital discharge. *Stroke*, 33, 2060–2065.
- Grant J.S, et al. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *Int J Rehabil Res*, 27(2):105–111.
- Grant J.S, et al. (2006). Problems and associated feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the second and third month post discharge. *Top stroke rehabil. Summer*, 13(3):66-74.
- Houts, P. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Bucher, J. A. (1996). The prepared family caregiver: A problem-solving approach to family caregiver education. *Patient education and counseling*, 27, 62-78.
- Houts, P. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Bucher, J. A. (1996). A problem-solving model of family caregiving for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 27, 63-73.
- Keller, C.S. (2008). *The relationship among cultural practices, coping, coping skill and caregiver stress*. Unpublished master thesis, Master of Social Work, California State University, California.
- Kespichayawattana, J. (1999). Katanyu Katavedi and caregiver for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in metropolitan Bangkok. A dissertation: Doctoral of philosophy. *Oregon Health Sciences University, School of Nursing*, Portland.
- Kim S.S., Kim E.J., Cheon J.Y., Chung S.K., Moon S. & Moon K.H. (2011) The

- effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in south Korea. *International Nursing Review* 59, 369-375.
- Lutz, B. J. & Young, M. E. (2010). Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *rehabilitation Nursing*. 35(4): 152-159.
- McMillan SC, Small BJ.(2007).Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncol Nurs Forum*.34:313-21.
- McMillan, SC, Small BJ, Weitzner M, et al.(2006).Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer* 106(1):214-22.
- Lee, M. (2008). Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. *Journal of Family Violence*.23:707-712
- Lindgren, C. L. (1993). The caregiver career. *Journal of Nursing*. Scholarship.(25):214-219.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., McClure, K. S., & Houts, P. S. (2003). Project Genesis: Assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036- 1048.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1998). Helping cancer patients cope: A problem-solving approach. Washington, DC: *American Psychological Associat.*
- Ostwald, S. K., Bernal, M. P., Cron, S., & Godwin, K. M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in Stroke*, 16(2), 93–104
- Pearlin L, Schooler C.(1978). *The structure of coping*. J Health Soc Behav;19:2-21.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, J.T., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583–594.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

- Saengratsamee, A. (2004). *Role strain of caregiver daughters of patients with cerebrovascular disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Schulz, R., Tompkins, C. A., & Rau, M. T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology and aging, 3*(2): 131-141.
- Songwattanyut, W. (2002). *The study on the influences of mutuality, predictability of caregiving, and personal factors relating to strain from direct care of patients with cerebrovascular disease on family caregiver*. Master's thesis in Nursing Science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Sritares, W. (2003). *The factors influencing caregiver role strain of cerebrovascular disease patients' wives*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand
- Subgranon, R., & Lund, D.A. (2000). *Maintaining caregiving at home: A Culturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand*. *Journal of Transcultural Nursing, 11*(3), 166-173.
- Visser-Meiley, A., van Heughten, C., Post, M., Schepers, V., Lindeman, E., (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and counseling. 56*: 257 - 267.
- World Health Organization . (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease : guideline for Assessment and Management of total Cardiovascular risk*.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์อาคม อารยาวิชานนท์

นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและ  
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิ  
ประสงค์ อุบลราชธานี

ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. คัทรียา รัตนวิมล

อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนเรศวร

นางสาวอรุณี รัตนนิเทศก์

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

นางนันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระยอง

ภาคผนวก ข  
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
หนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย  
และหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0093



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗/ มกราคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศศิริภู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. นายแพทย์ อาคม อารยาวิชานนท์ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและโรคหลอดเลือดสมอง
2. นางสาวอรุณี รัตนนิเทศก์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาขอนิสิต

นายแพทย์ อาคม อารยาวิชานนท์ และนางสาวอรุณี รัตนนิเทศก์  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสุดารัตน์ เรียบเลิศศิริภู โทร. 083-461-1109



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 0093

วันที่ 31 มกราคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัตน์ เรียบเลิศหิรัญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

*วรัญชร์ ธนศิลป์*

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวรัตน์ เรียบเลิศหิรัญ โทร. 083-461-1109

ที่ ศธ 0512.11/๐๐๑๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัตน์ เรียบเลิศหิรัญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในทำนองนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศัทธา รัตนิมิต อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร รัตนวิมล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศัทธา รัตนิมิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวรัตน์ เรียบเลิศหิรัญ โทร. 083-461-1109

ที่ ศธ 0512.11/0๐๑3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒) มกราคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศศิริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสุดารัตน์ เรียบเลิศศิริญ โทร. 083-461-1109

ที่ ศธ 0512.11/0201



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรรัช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ชุด
  2. เอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร 3 ชุด
  3. แบบฟอร์มใบยินยอมสำหรับอาสาสมัคร 3 ชุด
  4. เครื่องมือในการวิจัยหรือแบบสอบถามการวิจัย 3 ชุด
  5. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ชุด
  6. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ พร้อมประวัติและความรู้ความชำนาญของนักวิจัย 1 ชุด
  7. แผ่นบรรจุข้อมูลโครงการวิจัยทั้งหมด 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ โทร. 083-461-1109



ที่ ศธ 0512.11/0201



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศศิริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 45 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกวิธีแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอน เรื่อง การฝึกวิธีการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการแก้ไขปัญหาประจำวัน และแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศศิริญ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธานีศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวดารัตน์ เรียบเลิศศิริญ โทร. 083-461-1109



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



## หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย



## เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี


ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง


The Effect of Problem Solving Approach Program on Stress Of Family Caregivers Taking Care Of Elderly Stroke Survivors

ผู้วิจัยหลัก นางสุดารัตน์ เรียบเลิศพิชญ์

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

  
(นายแพทย์จิรวัดน์ มูลศาสตร์)  
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

  
(นายแพทย์ชิต ทองประเสริฐ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 21 พ.ค. 2557

วันหมดอายุของการรับรอง : 20 พ.ค. 2558

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล



ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ด้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อ: ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/ Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**ชื่อผู้วิจัย** นางสุภารัตน์ เรียบเลิศศิริธู ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** บ้านเลขที่ 14 ถนนบูรพาพนอก ซอย 4 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (ที่บ้าน) โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045 – 244973 ต่อ 1313  
โทรศัพท์มือถือ 083-4611109 E-mail Address : tuc\_k@windowslive.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำ ความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบ ถามข้อมูล เพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกาวิจัยที่เปรียบเทียบกับกาวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึก วิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหา

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

4.1.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence) การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence) ถึงการพึ่งพากระดับรุนแรงมาก ซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด (Total Dependence)

Dependence) โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ใช้เวลาในการประเมิน 5 – 10 นาที

4.1.2 เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย รวมจำนวนประมาณ 20 คน

4.1.3 เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะ เครือญาติกับผู้สูงอายุ

4.1.4 เป็นผู้ให้การดูแลหลัก ทำหน้าที่รับผิดชอบ ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป และการดูแลที่ให้ เป็นการดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

4.1.5 มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

4.1.6 ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัส

4.1.7 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทดลอง

4.1.8 มีคะแนนภาวะเครียดในระดับปานกลาง ถึงความเครียดในระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (Caregivers' Stress Scales ) ใช้เวลาในการประเมิน 10 – 15 นาที

4.1.9 ยินยอมให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการมีส่วนร่วมในวิจัย ดังนี้

4.2.1 ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย มีภาระกิจอื่น

4.2.2 มีการเปลี่ยนผู้ดูแลในครอบครัว

4.2.3 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย

4.3 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

5. ผู้ดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ประมาณ 20 คน โดยผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยจะเข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ครั้งละ 1- 2 ชั่วโมง กิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ที่บ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก รวมเป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ และตอบแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง และข้อมูลต่างๆ จะเป็นความลับอยู่ภายในโครงการวิจัย

6. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และมีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้รับในงานวิจัยอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

7. ในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

8. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ช่วยให้สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้วิธีการแก้ปัญหาตามขั้นตอน มีความคิดสร้างสรรค์ แก้ปัญหาไปในเชิงบวก สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมตามความต้องการ ซึ่งจะช่วยให้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ไปในทางที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การเข้าสังคม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดูแลและการแก้ปัญหา เพื่อช่วยลดความเครียด

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวรัตน์ เรียบเลิศศิริณี ได้ตลอดเวลาที่ บ้านเลขที่ 14 ถนนบูรพานอก ซอย 4 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 083-4611109 E-mail Address :

tuc\_k@windowlive.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็น ประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554

**หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย  
(Informed Consent Form)**

สถานที่ทำ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสุภารัตน์ เรียบเลิศศิริ

ที่อยู่ติดต่อ ที่อยู่ 14 ถนนบูรพานอก 4 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ 083 4611109 E-mail: tuc\_k@windowslive.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและ**ได้รับ**

**คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง แบ่งเป็น กิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ที่บ้านผู้สูงอายุ รายกลุ่ม 1 ครั้ง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และตอบแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า**มีสิทธิถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....


(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อขออนุญาตแปลแบบวัดความเครียดในการดูแล

7/5/2014 Gmail - Please read : Ask for permission to use the Pearlin Caregivers' stress Scales

 sudarat Riablershirun <sudarat.riab@gmail.com>

---

**Please read : Ask for permission to use the Pearlin Caregivers' stress Scales**

2 กรกฎาคม

**sudarat Riablershirun** <sudarat.riab@gmail.com> 2 กรกฎาคม 2557 00:20  
ถึง: lpearlin@umd.edu

Dr. Leonard Pearlin

My name is Sudarat Riablershirun and I am in a second year of master degree in Gerontological Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Right now, I am in the process of developing a thesis proposal related to the Caregiver of older person. I have found that your questionnaire "Caregivers' Stress Scales" is very useful instrument to measure the caregiver stress which is one of the variables in my study.

Therefore, I would like to ask for your permission to use the Pearlin Caregivers' stress Scales in my study.

Thank you very much in advance. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Sudarat Riablershirun R.N.

---

**Leonard I. Pearlin** <lpearlin@umd.edu> 2 กรกฎาคม 2557 20:33  
ถึง: sudarat Riablershirun <sudarat.riab@gmail.com>

Please accept my permission to use whatever materials are appropriate to you scholarly goals. Good luck in your research.

Len Pearlin

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=dbc9c81c02&view=pt&search=inbox&th=146f2f1828b0d435&dsqt=1&siml=146f2f1828b0d435&siml=146f74807...> 1/



หลักสูตรฝึกอบรม วิธีคิดเพื่อการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจแบบเป็นระบบ โดยศูนย์พัฒนากลยุทธ์  
ทางธุรกิจ(Strategic Business Development Center)





ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ
  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย
    - 2.1.1 โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา
    - 2.1.2 แผนการสอน เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
    - 2.1.3 ใบงานที่ใช้ประกอบกิจกรรม
  - 2.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBAI)
  - 2.5 แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน

### แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** 1. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งหมด 15 ด้าน จำนวน 94 ข้อ

2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วงระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านในแต่ละด้านของการดูแลอยู่ในระดับใด และใส่เครื่องหมาย [✓] ลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงมากที่สุด

#### 1. ด้านระดับการรู้คิด

ในด้านระดับการรู้คิด เกี่ยวกับความทรงจำและการรับรู้ของผู้สูงอายุและความยากในการทำเรื่องบางอย่าง ท่านคิดว่าผู้สูงอายุสามารถจดจำและรับรู้เรื่องราว ดังต่อไปนี้ ได้ยากลำบากมากน้อยเพียงใด

ตัวอย่างข้อคำถาม	ไม่ยาก ลำบาก (0)	ยาก ลำบาก เล็กน้อย (1)	ยาก ลำบาก ปาน กลาง (2)	ยาก ลำบาก มาก (3)	ไม่ สามารถ ทำได้ (4)
1. ผู้สูงอายุ สามารถ จดจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน มานี้ได้					
2. ผู้สูงอายุ สามารถ บอกวัน เวลา ได้ถูกต้อง					
.....					
8. ผู้สูงอายุ สามารถ บอกชื่อคนที่ตนเองรู้จักได้ถูกต้อง					

คะแนนรวม = \_\_\_\_\_ คะแนน

## 2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ในด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านต้องจัดการกับพฤติกรรมดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากกว่า 5 วัน ใน 1 สัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาประมาณ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์  
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาประมาณ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์  
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเลยใน 1 สัปดาห์

	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บ่อย (3)	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)
1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น สับสน ไม่นอน ทำให้ท่านต้องตื่นขึ้นมาดูแลในเวลากลางคืน				
2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ถามคำถามหรือเล่าเรื่องเดิมซ้ำๆ				
.....				
14. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม หมกมุ่นทางเพศ แสดงออกในเรื่องเพศไม่ถูกกาลและเทศะ				

คะแนนรวม = \_\_\_\_\_ คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม

ข้อคำถามทางบวก คือ ข้อคำถามทุกข้อในหมวดที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (ข้อ 1 และ 3) , 8, 9, 12, 13, และ 14

ข้อคำถามทางลบ คือ ข้อคำถามทุกข้อในหมวดที่ 7 (ข้อ 2) , 10, 11 และ 15

จากนั้นนำคะแนนในหมวดที่ 1 ถึง 15 ยกเว้นหมวดที่ 7 นำมารวมกัน และแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ตามระดับของความเครียด แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	91 - 158	หมายถึง	ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ
	159 - 227	หมายถึง	ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
	228 - 296	หมายถึง	ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดอยู่ในระดับสูง
	297 - 364	หมายถึง	ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย

1.1.1 โปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาและแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา

1.1.2 แผนการสอน เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.3 ใบงานที่ใช้ประกอบกิจกรรม

2.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBAI)

2.5 แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน

ตัวอย่าง คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลใน  
ครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง





# ตัวอย่าง คู่มือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**สารบัญ**

- คำชี้แจง 1
- โปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 4
- แผนการดำเนินงานกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 9
- กิจกรรมตามโปรแกรม
  - สัปดาห์ที่ 1
    - กิจกรรมที่ 1 เสริมความรู้ ก้าวสู่ 5 ชั้นบันไดแก้ปัญหา 9
  - สัปดาห์ที่ 2
    - กิจกรรมที่ 2 ศึกษาร่วมกัน ปรับชีวิต ให้เป็นบวก 12
  - สัปดาห์ที่ 3
    - กิจกรรมที่ 3 ระดมสมองแก้ปัญหา พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ 15
  - สัปดาห์ที่ 4
    - กิจกรรมที่ 4 รัชชพิธี สร้างสุขได้ ด้วยตนเอง 18
  - สัปดาห์ที่ 5
    - กิจกรรมที่ 5 แก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด 20
- ภาคผนวก
  - ใบงานที่ 1 24
  - ใบงานที่ 2 26
  - ใบงานที่ 3 30
  - ใบงานที่ 4 32
  - ใบงานที่ 5 35
  - ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม 39
  - แผนการสอน 40

**โปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**

**หลักการและเหตุผล**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของความสามารถที่รุนแรง จากข้อมูลทางสถิติของ WHO พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นทั่วโลกกว่า 10 - 15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร และในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2552 พบมีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 65 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชนและสังคม ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว (World Stroke Organization) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ผู้สูงอายุและบริวาร โดยเฉพาะเมื่อเจ้าหน้าที่บ้านอาจมีปัญหาด้านสุขภาพที่ต่อเนื่องกันตามความหมาย เช่น ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ การขาดสติปัญญาและการตระหนักรู้ รวมถึงปัญหาที่เกิดจากผู้ดูแลเอง เช่น เกิดความเครียดในบทบาทที่ได้รับ ราคาค่าใช้จ่ายความสามารถในการดูแล เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับความช่วยเหลือและใช้เวลาในการดูแล ราคาค่าความเป็นส่วนตัวและราคาค่าสวัสดิการกับครอบครัวและเพื่อน (Lindgren, 1993) ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลได้ (Dennis et al., 1994; Poirin et al., 1991; 1990) และหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือให้ความช่วยเหลือ จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง หรือไม่นำไปสู่การทำกายภาพและจิตใจผู้สูงอายุได้ (Lee, 2008)

8. นัดหมายผู้ดูแลในครอบครัวในครั้งต่อไป ใน "ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม" โดยบันทึกวันที่นัดหมายให้ผู้ดูแล พึงระวังให้ทราบถึงกิจกรรมในครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 >>> กิจกรรมครั้งที่ 2**  
**- ศึกษาร่วมกัน ปรับชีวิต ให้เป็นบวก -**

**แนวคิด** ในการรับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นบทบาทที่ไม่มีโรคราคาคิด อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ มากมายต่อผู้ดูแลในครอบครัว อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน หากผู้ดูแลในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบต่อบทบาทและปัญหาที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมได้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และจัดการอารมณ์เชิงลบ จะช่วยให้เข้าไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**สถานที่** บ้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**ระยะเวลา** 90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้แสดงความรู้สึกรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทัศนคติที่ดี มองเชิงบวก ในการได้รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทัศนคติที่ดี มองเชิงบวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม** หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถ ...

1. ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถจัดการความรู้สึกนึกคิดเชิงลบ ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้ในทางที่เหมาะสม
3. ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

**การประเมินผล**

1. ประเมินจากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สังเกตความสนใจ การซักถาม และการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง

**สื่อและอุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 3 "ความรู้สึกรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ"
2. ใบงานที่ 4 "ศึกษาร่วมกัน ปรับชีวิต ให้เป็นบวก"
3. ใบงานที่ 5 "แบบบันทึกฝึกแก้ปัญหา"

**การดำเนินการ** บรรยาย อธิบายเกี่ยวกับปัญหา

**รับชมการดำเนินงานกิจกรรม**

**กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ (15 นาที)**

**กิจกรรม / กระบวนการ**

1. ผู้ใช้กล่าวคำทักทาย ต้อนรับในที่ซึ่งอบอุ่น เป็นกันเอง นำเสียง ท่าทาง สุภาพอ่อนโยน และสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงสถานการณ์ทั่วไป
2. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และกิจกรรมวันนี้

**กิจกรรม/ ให้ความรู้ (30 นาที)**

**กิจกรรม / กระบวนการ**

1. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่อง ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (รายละเอียดตามแผนการสอน)



ตัวอย่างแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการฝึกวิธีการแก้ปัญหาต่อความเครียดของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของ  
Houts et al.(1996)

แนวคิดของ Houts et al(1996)	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา/ ความถี่	
		เวลา	ความถี่
<p><b>1. การคิดสร้างสรรค์ (Creativity)</b></p> <p>การคิดสร้างสรรค์ เป็นการพัฒนาความคิด มองหาวิธีการใหม่ๆ จากวิธีการเดิมที่มี เพื่อค้นหาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา เน้นวิธีที่สามารถนำมาใช้ได้จริง ไม่เกินความสามารถหรือยุ่งยากเกินไปที่จะนำไปปฏิบัติ จะช่วยเพิ่มความหวังและนำสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ยังเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวคนอื่นๆ เตรียมรับมือหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นได้ และการระดมสมอง จะช่วยให้เห็นถึงวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งการมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไม่ว่าจะเป็นปัญหาเดียวกันหรือคนละปัญหา จะทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถเลือกและนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง</p>	<p><b>กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น</li> <li>2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการดีขึ้น จากการได้รับการดูแลเอาใจใส่เล่าประสบการณ์ ในการดูแล เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความหวังในการดูแล</li> <li>3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนเล่าปัญหาที่พบระหว่างการดูแล รวมถึงการจัดการปัญหาและผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ดูแลท่านอื่นได้มีแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลายขึ้น</li> </ol> <p><b>กิจกรรมฝึกการแก้ปัญหา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการแก้ไข</li> </ol>	45 นาที	สัปดาห์ที่ 3



ตัวอย่าง แผนการสอน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกการแก้ปัญหา  
สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

แผนการสอน

เรื่อง	โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึก การแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้สอน	นางสุภารัตน์ เรียบเลิศศิริณ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
สถานที่	บ้านผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
วิธีการ	บรรยาย อภิปราย ซักถาม แลกเปลี่ยน
สื่อการสอน	คู่มือ คอมพิวเตอร์
เป้าประสงค์	เพื่อฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การแก้ปัญหาเบื้องต้นที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการความเครียด</li> <li>2. มีทักษะในการแก้ปัญหตามขั้นตอนการแก้ปัญหา</li> <li>3. มีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยความคิดสร้างสรรค์ มองเชิงบวก</li> <li>4. มีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม</li> <li>5. มีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุ</li> </ol>

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ รายสัปดาห์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการ สอน	การ ประเมินผล
1.เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ	สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อสุภารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ เป็นนิสิตปริญญา โท คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดิฉันมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการลดความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองวันนี้จะขออนุญาตรบกวนเวลา คุณ... ..ในการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาสำเร็จได้ด้วยตนเองและเป็นไปในทางที่เหมาะสม	ขั้นตอนการสร้าง สัมพันธภาพ 1.ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายและแนะนำตัวเองด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกันเองและทำทีสุภาพอ่อนโยน		-การสังเกตพฤติกรรม ท่าทาง ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม
2.เพื่อให้ ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	<b>ขั้นเข้าสู่เนื้อหา</b> โรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร ? คือ... โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาท พบบ่อยในผู้สูงอายุเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดเลี้ยงสมอง อาจเป็นได้ทั้งแตก ตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด หรือมีก้อนเลือดกีดกั้นสมอง เกิดการสูญเสียการทำงานของสมอง	- ผู้วิจัยนำเข้าสู่บทเรียนโดยตั้งคำถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร - ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหาโดยใช้คำพูด <b>วันนี้เรามา</b>	คอมพิวเตอร์ Power point ใช้เวลา 5 นาที	การสังเกตพฤติกรรม ท่าทาง ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม

**สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง**

วัตถุประสงค์ รายสัปดาห์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
3. เพื่อให้ ผู้ดูแลมีความรู้ เกี่ยวกับภาวะ แทรกซ้อน ด้านร่างกาย ในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือด สมอง	<b>ภาวะแทรกซ้อนและ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง</b>  ภาวะแทรกซ้อนที่ควร เฝ้าระวัง แบ่งออกเป็นทั้งด้าน ร่างกาย และจิตใจ คือ	- ผู้วิจัยนำเข้า สูบทเรียนโดย ตั้งคำถามว่า	- คอมพิวเตอร์ เตอร์ Power point ใช้เวลา 30 นาที - คู่มือโรค หลอดเลือด สมอง และ การ แก้ปัญหา เบื้องต้น	- การ สังเกต พฤติกรรม ท่าทาง ความ สนใจและ การมีส่วนร่วม ร่วมใน การตอบ คำถาม

**สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**

วัตถุประสงค์ รายสัปดาห์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
1. เพื่อให้ ผู้ดูแลอธิบายได้ เกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน ด้านจิตใจใน ผู้สูงอายุโรค หลอดเลือด สมอง	<b>ภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่ พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง</b>  <b>ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ</b>  โรคหลอดเลือดสมอง จะก่อให้เกิด เกิดความผิดปกติทาง ด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากรอยโรคโดยตรงหรือ จากผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ ผู้สูงอายุวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น	ผู้วิจัย บรรยาย ประกอบ ตามเนื้อหา พร้อมทั้ง ซักถาม ย้อนกลับ เป็นระยะๆ เพื่อทดสอบ ความ เข้าใจ	-คอมพิวเตอร์ เตอร์ Power point ใช้เวลา 10 นาที	- จากการ สังเกต พฤติกรรม ท่าทาง ความสนใจ

## ตัวอย่าง ใบงานที่ 1 ทายใจนิสัยการแก้ปัญหา


### ใบงานที่ 1

#### “ทายใจ นิสัยการแก้ปัญหา”


ในชีวิตประจำวันเราต้องพบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ที่จะต้องหาทางแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดตามมา และวิธีการแก้ไขของแต่ละคนก็จะมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป มาดูสิว่าเราใช้วิธีไหน ในการแก้ปัญหา คำชี้แจง ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่คุณคิดว่าตรงกับลักษณะของตนเองมากที่สุด เพื่อข้อเดียว

เมื่อเจอปัญหา...	ใช่	ไม่ใช่
1. ฉันจะแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูดหรือแสดงอารมณ์ตอบโต้ออกมาทันทีโดยไม่วิ่งคิด		
2. ฉันจะสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เล่นการพนันหรือเที่ยวเตร่ เพื่อให้หายเครียด		
3. ฉันจะไปขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น		
4. ฉันจะยอมรับว่าเป็นความผิดของฉัน		
5. ฉันจะโทษว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของผู้อื่น		
6. ฉันจะคิดแก้ปัญหาและลงมือทำตามที่ได้คิดไว้		

เมื่อคุณต้องเจอ กับปัญหาที่ไม่คาดคิดคุณจะ....



คุณชอบแก้ปัญหาแบบไหน ไปอ่านเฉลยกันเถอะ



**เฉลย**

☹️ ถ้าคุณตอบว่า - ใช่ - ในข้อ 1 แสดงว่าคุณชอบแก้ปัญหาแบบวู่วาม

วิธีนี้อาจจะช่วยให้คุณได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจนหมด แต่ผลเสีย ที่ตามมาคือทำให้คนรอบข้างเครียด และเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่น ได้ง่าย


ดังนั้นคุณจึงควรระวังอารมณ์ไว้บ้าง หัดนับ 1-10 หรือหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ สัก 4-5 ครั้ง ก่อนที่จะตอบโต้อะไรออกไป คุณจะได้นั่งนิ่งเสียใจทีหลัง กับสิ่งที่ได้ทำลงไปโดยขาดความยั้งคิด

😊 ถ้าคุณตอบว่า - ใช่ - ในข้อ 2 แสดงว่าคุณเป็นคนชอบหนีปัญหา

การหนีปัญหา อาจทำให้รู้สึกสบายใจได้ชั่วคราวแต่เมื่อปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ความเครียดจึงยังคงอยู่ และอาจเพิ่มมากขึ้น เพราะมีปัญหานั้นทับถมเข้ามาอีก เช่น การคิดสุว่าการคิดเชื้อเอ็ดส์ การมีหนี้สิน เป็นต้น

## ตัวอย่าง ใบงานที่ 2 ทดสอบแก้ปัญหาด้วยสถานการณ์ตัวอย่าง

1



### ใบงานที่ 2

#### "ทดสอบแก้ปัญหา ด้วยสถานการณ์ตัวอย่าง"


แบบทดสอบวัดความสามารถในการแก้ปัญหา จะมีลักษณะเป็นแบบกำหนดสถานการณ์ และในแต่ละสถานการณ์ จะมีข้อคำถามย่อย 4 ข้อ เพื่อฝึกการแก้ปัญหาตามขั้นตอน จากสถานการณ์ปัญหาที่พบย่อย สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล โดยในสถานการณ์ จะประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

**ข้อที่ 1** เป็นข้อคำถามขั้นระบุปัญหา ซึ่งจะถามให้วิเคราะห์แยกแยะสิ่งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องออกจากกันได้เด่นชัด สามารถบอกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่เป็นปัญหา และรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นต้องแก้ไข


**ข้อที่ 2** เป็นข้อคำถามขั้นวิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา ซึ่งจะถามให้วิเคราะห์ว่าสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเกิดจากอะไร เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายให้ชัดเจน

**ข้อที่ 3** เป็นข้อคำถามขั้นเสนอวิธีแก้ปัญหา ซึ่งจะถามให้คิดค้นหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการแก้ปัญหา และเสนอออกมาในรูปของวิธีการที่เป็นขบวนการต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถจัดปัญหาออกไปได้

**ขั้นที่ 4** เป็นข้อคำถามขั้นตรวจสอบผลลัพธ์ ซึ่งจะถามให้ตรวจสอบดูว่าวิธีแก้ปัญหาใน ขั้นที่ 3 ให้ผลออกมาถูกต้องหรือไม่ เป็นการวิเคราะห์ผลที่น่าจะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาว่าหากแก้ปัญหาด้วยวิธีนั้นๆ ผลที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร















## ตัวอย่าง ใบงานที่ 3 ความรู้สึกจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ



**ใบงานที่ 3**

**"ความรู้สึกจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ"**

**คำชี้แจง :** ตอบคำถามให้ตรงตามความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับการได้รับบทบาทผู้ดูแลและการให้การดูแล (ความเครียดหลัก)

- 
 1. ที่ผ่านมาก ท่านรู้สึกอย่างไร ในการได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ  
 .....
- 
 2. ที่ผ่านมาก ท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุ  
 .....
- 
 3. สิ่งที่ท่านชอบมากที่สุดเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล ?  
 .....
- 
 4. สิ่งที่ท่านไม่ชอบมากที่สุดเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล ?  
 .....
- 
 5. จากการได้ดูแลผู้สูงอายุใคร่หอดเลืดคสมอง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ง่ายที่สุด  
 .....
- 
 6. จากการดูแลผู้สูงอายุใคร่หอดเลืดคสมอง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ยากที่สุด  
 .....



ตัวอย่าง ใบงานที่ 4 คิดมุมกลับ ปรับชีวิต ให้เป็นบวก

### ใบงานที่ 4

#### "คิดมุมกลับ ปรับชีวิต ให้เป็นบวก"

คำชี้แจง : จากภาพข้างต้น  เลือกภาพที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด



คำถาม : หากท่านกำลังกระหายน้ำ แล้วพบว่า มีน้ำอยู่ครึ่งแก้ว ท่านคิดว่า...

1.

มีน้ำแค่ครึ่งแก้ว



2.

มีน้ำตั้งครึ่งแก้ว



ตัวอย่าง ใบงานที่ 5 แบบบันทึก ฝึกแก้ปัญหา

ใบงานที่ 5

## แบบบันทึก ฝึกแก้ปัญหา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา

1 : เขียนปัญหาที่พบจากการดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาที่พบ	สำคัญมาก / แรงจูง มาก	สำคัญน้อย / แรงจูง มาก	สำคัญมาก / แรงจูง น้อย	สำคัญน้อย / แรงจูง น้อย
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				

ขั้นที่ 2 การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย

2 : จัดลำดับความสำคัญของปัญหา  
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความ  
สำคัญและแรงจูงของปัญหานั้น

3 : เลือกปัญหาที่ต้องแก้ไขก่อน  
ตามความสำคัญและแรงจูง(จากข้อ 2)

ปัญหาที่ต้องแก้ไขก่อน

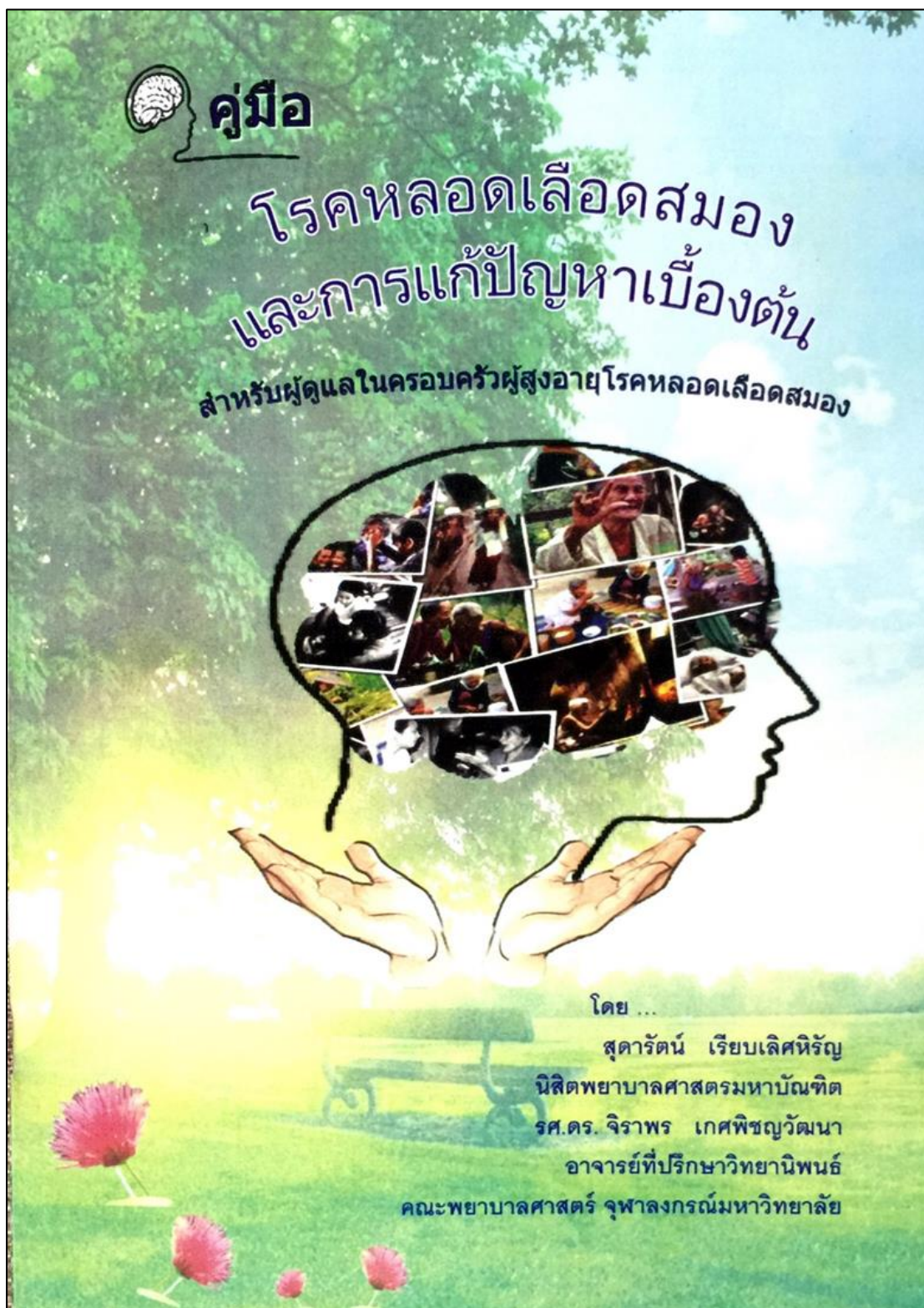
4 : เขียนเป้าหมายของการแก้ปัญหา

เป้าหมาย คือ แรงจูงใจ  
สู่ความสำเร็จ

เป้าหมายของการแก้ปัญหา



ตัวอย่าง คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้น สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



ตัวอย่าง คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ปัญหาเบื้องต้น สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

[ 26 ]


### ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจากการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ จึงต้องมีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด, ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด, ยาละลายลิ่มเลือด

เราลาค่าตรวจสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองกันเถอะ


**1. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Antiplatelets) ซึ่งในที่นี้จะขอเน้นยาที่อยู่ในรูปแบบยาเม็ดรับประทาน ได้แก่**

❖ 1.1 Aspirin (แอสไพริน)



ข้อบ่งชี้:

- ควรรับประทานหลังอาหารทันที หรือ หลังตื่นนอน
- ไม่ควรรับประทานยา ในขณะท้องว่าง




[ 27 ]

**อาการข้างเคียง :**

- ปวดท้องหรืออาเจียน จากด้วยยาจะคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหาร
- แพ้ยา โดยอาจมีผื่นคันหรือลมพิษขึ้น ถ้าแพ้มาก ๆ อาจมีหอบหืดหรือช็อก
- ถ่ายเป็นเลือดหรือมีเลือดปน เกิดจากเลือดออกเยื่อกระเพาะอาหาร


❖ 1.2 Ticlopidine ( ทีโคลพิดีน ) ❖

**อาการข้างเคียง :** ระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย เมื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย เลือดออกผิดปกติ เป็นต้น




❖ 1.3 Clopidogrel ( โคลพิโดเกรล ) ❖

**อาการข้างเคียง :** อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย การมีเลือดออกผิดปกติ และอาการแพ้ยา ท้องเสีย เมื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง แผลในทางเดินอาหาร และกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อย




❖ 1.4 Cilostazol ( ซิโลสตาซอล ) ❖

**อาการข้างเคียง :** อาจพบอาการคลื่นไส้, หน้าแดง, คอแดง, ปวดศีรษะ, มีไข้ระ, มีเลือดออกได้ผิวหนังได้




[ 2 ]


**"ลิ้นแข็งพูดติดขัด"**  
ปากแห้ง, ขอบสีริมฝีปากซีด




**"เห็นไม่ชัด มีภาพซ้อน"**  
ตาขี้눈 มองไม่เห็นหรือเห็นภาพซ้อน



**"หมดสติ"**



พจนานุกรมโรค 1668 II  
พจนานุกรมโรคเบาหวานฉบับภาษาไทย



**ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

- ⊗ **ปัจจัยเสี่ยงหลัก** โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, สูงอายุ
- ⊗ **ปัจจัยเสี่ยงรอง** การดื่มแอลกอฮอล์, การสูบบุหรี่, ไขมันในเลือดสูง, ขาดการออกกำลังกาย

**โรคหลอดเลือดสมอง ป้องกันได้อย่างไร**

- งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- ถ้ามีโรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคไต ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- หลีกเลี่ยงความเครียด, ปรับตัว มองโลกในแง่ดี

[ 3 ]

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 วัน ต่อ สัปดาห์ และควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม อย่าให้อ้วน
- ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง

**โรคหลอดเลือดสมอง รักษาอย่างไร**

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับชนิด และความรุนแรงของเวลาที่เริ่มมีอาการ ถ้ามีการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตาย จะลดลงเท่านั้น

- การรักษาทางยา** เช่น ยาละลายลิ่มเลือด, ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาด้านเกล็ดเลือด ในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน
- การรักษาโดยการผ่าตัด** ในโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีก้อนเลือดคั่งใน สมองแพทย์อาจทำการผ่าตัด
- การขยายหลอดเลือดสมองตีบ** โดยการผ่าตัดขยายหลอดเลือดด้วยการใช้บอลลูน และใส่โครงข่ายค้ำยันขยายภายในหลอดเลือด ในโรคหลอดเลือดสมองตีบ
- การรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด** เพื่อฟื้นฟูสภาพทางร่างกายผู้ป่วย การป้องกันโรคแทรกซ้อน





ตัวอย่าง แบบบันทึกการแก้ปัญหาประจำวัน

# แบบบันทึก การแก้ปัญหาประจำวัน

Soe ...

ผู้บันทึก: เรืองเลิศพิชญ์  
ชื่อหน่วยงาน: อศว.นครราชสีมา  
รศ.ดร. วิจารณ์ มงคลชัยโสธร  
อาจารย์ที่ปรึกษา: ศาสตราจารย์ ดร. วิชากร แก้วศรีจันทร์  
คณะกรรมการอำนวยการ







### สัปดาห์ที่ 1 >>> กิจกรรมครั้งที่ 1

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง การสอนขั้นตอนการแก้ปัญหาและฝึกแก้ปัญหาตามขั้นตอน



## สัปดาห์ที่ 2 >>> กิจกรรมครั้งที่ 2

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่อง ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่อง การคิดเชิงบวกและฝึกแก้ปัญหาตามขั้นตอน





### สัปดาห์ที่ 3 >>> กิจกรรมครั้งที่ 3

สถานที่ ห้องประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอก

กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ แลกเปลี่ยนและเล่าประสบการณ์ การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ การฝึกแก้ปัญหา และร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา



### สัปดาห์ที่ 3 >>> กิจกรรมครั้งที่ 3 (ต่อ)

สถานที่ ห้องประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอก

กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนและเล่าประสบการณ์ การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ การฝึกแก้ปัญหา และร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา



#### สัปดาห์ที่ 4 >>> กิจกรรมครั้งที่ 4

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง ความเครียดและการจัดการความเครียด และ  
ฝึกแก้ปัญหา





## สัปดาห์ที่ 5 >>> กิจกรรมครั้งที่ 5

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และฝึกแก้ปัญหา



## สัปดาห์ที่ 8

สถานที่ ห้องประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอก

กิจกรรมประกอบด้วย การตอบแบบวัดความเครียดในการดูแล ในกลุ่มควบคุม



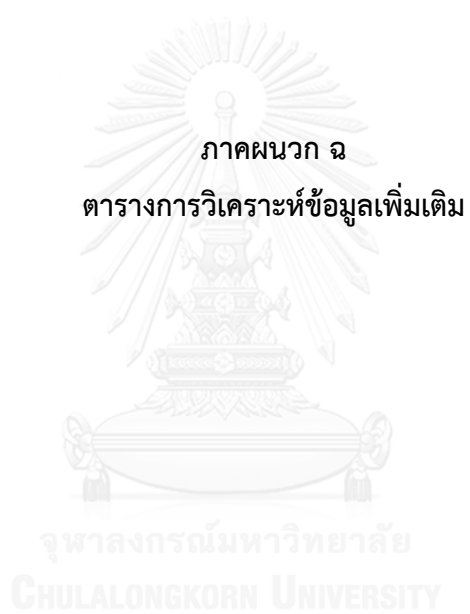
## สัปดาห์ที่ 8

สถานที่ ห้องประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอก

กิจกรรมประกอบด้วย การตอบแบบวัดความเครียดในการดูแล ในกลุ่มทดลอง







**ตารางที่ 7** แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

แบบวัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ด้านระดับการรู้คิด	0.952
2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	0.846
3. ด้านภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น	0.780
4. ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพ	0.768
5. ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัว	0.873
6. ด้านความขัดแย้งระหว่างการทำงานและการเป็นผู้ดูแล	0.831
7. ด้านความเครียดจากภาวะทางเศรษฐกิจ	0.723
8. ด้านภาวะจำยอมในการดำรงบทบาท	0.752
9. ด้านการสูญเสียความเป็นตัวเอง	0.693
10. ด้านความสามารถในการเป็นผู้ดูแล	0.813
11. ด้านประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล	0.846
12. ด้านการจัดการสถานการณ์	0.667
13. ด้านการจัดการความรู้สึก	0.825
14. ด้านการจัดการความเครียด	0.698
15. ด้านการแสดงออกทางความรู้สึก	0.921
<b>รวมทั้งหมด 15 ด้าน</b>	<b>0.900</b>

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นรายด้าน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N1 = 20)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD			
<b>1. ด้านระดับการรู้คิด</b>					
ก่อนการทดลอง	16.55	10.10	3.393	19	0.003
หลังการทดลอง	13.10	9.08			
<b>2. ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา</b>					
ก่อนการทดลอง	25.45	5.54	5.560	19	0.000
หลังการทดลอง	17.30	6.04			
<b>3. ด้านภาระที่ได้รับเพิ่มขึ้น</b>					
ก่อนการทดลอง	7.15	2.74	4.174	19	0.001
หลังการทดลอง	5.20	2.26			
<b>4. ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพ</b>					
ก่อนการทดลอง	8.45	2.98	2.246	19	0.037
หลังการทดลอง	7.20	3.40			
<b>5. ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัว</b>					
ก่อนการทดลอง	32.70	9.02	3.360	19	0.003
หลังการทดลอง	27.45	12.30			
<b>6. ด้านความขัดแย้งระหว่างการทำงานและการเป็นผู้ดูแล</b>					
ก่อนการทดลอง	10.04	3.68	5.287	19	0.000
หลังการทดลอง	7.20	3.59			
<b>8. ด้านภาวะจำยอมในการดำรงบทบาท</b>					
ก่อนการทดลอง	4.70	1.78	2.330	19	0.031
หลังการทดลอง	3.70	2.30			

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N1 = 20)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD			
<b>9. ด้านการสูญเสียความเป็นตัวเอง</b>					
ก่อนการทดลอง	3.65	1.09	3.317	19	0.004
หลังการทดลอง	2.55	1.47			
<b>10. ด้านความสามารถในการเป็นผู้ดูแล</b>					
ก่อนการทดลอง	9.05	3.63	2.139	19	0.046
หลังการทดลอง	7.65	4.04			
<b>11. ด้านประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล</b>					
ก่อนการทดลอง	7.40	2.54	4.280	19	0.000
หลังการทดลอง	5.05	2.58			
<b>12. ด้านการจัดการสถานการณ์</b>					
ก่อนการทดลอง	9.50	2.96	4.849	19	0.000
หลังการทดลอง	7.00	3.26			
<b>13. ด้านการจัดการความรู้สึก</b>					
ก่อนการทดลอง	24.35	6.55	3.302	19	0.004
หลังการทดลอง	20.85	7.74			
<b>14. ด้านการจัดการความเครียด</b>					
ก่อนการทดลอง	14.35	3.03	4.115	19	0.001
หลังการทดลอง	10.00	3.93			
<b>15) ด้านการแสดงออกทางความรู้สึก</b>					
ก่อนการทดลอง	15.55	5.30	4.282	19	0.000
หลังการทดลอง	11.75	6.55			

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุตารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ เกิดวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2524 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม เมื่อ พ.ศ. 2544 และได้เข้ารับราชการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 – ปัจจุบัน

